FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE 43

POUR

E DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

CHARLES BLANCHÈS

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Médaille des épidémies et Médaille de bronze
de l'Assistance publique.

La

LEURO-SYPHILIS SECONDAIRE

Président : M. le Professeur HUTINEL.

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, Rue Monsieur-le Prince

1912

43

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

E DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

CHARLES BLANCHÈS

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille des épidémies et Médaille de bronze
de l'Assistance publique.

La

LEURO-SYPHILIS SECONDAIRE

Président : M. le Professeur HUTINEL.

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, Rue Monsieur-le Prince

1912

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie orgianique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologe et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pahologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET DEJERINE QUENU RECLUS
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM			
BALTHAZAR	DUVAL Pierre	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	GOUGEROT	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GREGOIRE	LÉGUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GUENIOT	LERI	RETTERER
BROCA André	GUILLAIN	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	LABBÉ Marcel	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	MULON	SICARD
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE		NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKYNCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinio émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considéré comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE PARIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGÉ

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BROUSSAIS

Témoignage de reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE INFANTILE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

AVANT-PROPOS

Le point de départ de cette thèse a été un cas de pleurésie syphilitique secondaire que j'ai pu observer et suivre à l'hôpital Broussais, dans le service de mon Maître le Dr Bergé.

L'étude de la pleurésie syphilitique secondaire, dite encore pleurésie du stade roséolique de la vérole, est une question qu'on peut considérer à l'heure actuelle comme à l'ordre du jour, puisqu'on est à même de la faire bénéficier des recherches diverses de laboratoire, d'acquisition récente, telles que l'analyse cytologique de l'exsudat, la recherche du tréponème, etc... L'observation personnelle que j'apporte et que je dois à l'obligeance de MM. Bergé, Roudinesco et Pernet, a pour principal intérêt d'adjoindre à la description clinique du malade les résultats de quelques-unes des recherches auxquelles je viens de faire allusion. Elle vient s'ajouter à ce point de vue à un nombre encore restreint d'observations antérieures.

Il n'existe d'ailleurs qu'un nombre peu considé-

rable d'observations de pleurésie syphilitique secondaire. Nombre de travaux qui traitent la question, traitent également les pleurésies syphilitiques tertiaires. J'ai l'intention de consacrer ce modeste travail exclusivement à la pleurésie secondaire, mon but étant surtout de réaliser une synthèse et en quelque sorte une petite monographie de la question. Nous ne méconnaissons pas qu'il existe à son sujet, relativement même à son existence réelle, des incertitudes, mais cela m'a été une raison de plus de m'attacher à l'étude de ce sujet.

A la fin de nos études, nous sommes heureux de pouvoir remercier nos maîtres dans les hôpitaux à qui nous devons notre instruction médicale. Nous avons été successivement l'élève de M. le Dr Lion, chez qui nous avons été bénévole, de MM. les Drs Petit, Michaux, Doléris, Brocq, Funck-Brentano, Cathala, de MM. les professeurs agrégés Tuffier et Nobécourt. Nous les prions de vouloir bien accepter ici l'hommage de notre reconnaissance.

Nous avions terminé l'externat, quand nous avons été accueilli par notre maître le docteur Bergé dans son service de l'hôpital Broussais. Il nous a reçu avec une bienveillance, nous oserions presque dire avec une cordialité, qui nous a

fortement touché. C'est chez lui que nous avons acquis la plupart de nos connaissances thérapeutiques et que nous avons complété notre éducation médicale. Il a été notre guide constant dans la rédaction de cette thèse qu'il a eu à cœur de nous aider à mener à bonne fin. Nous ne saurions dire combien nous lui sommes redevable et quel excellent souvenir nous emporterons des quelques mois que nous avons passés dans son service.

Ses internes. MM. Roudinesco et Pernet, se sont mis à notre disposition pour nous donner tous les renseignements nécessaires à l'analyse cytologique et bactériologique de l'observation que nous rapportons. Nous leur exprimons toute notre gratitude.

Enfin, nous avons eu le plaisir d'avoir été l'élève de M. le Pr Hutinel, aujourd'hui notre président de thèse. Nous savons tout l'honneur qu'il nous a fait en acceptant cette présidence ; nous le remercions bien sincèrement.

HISTORIQUE

Ce sont CHANTEMESSE et WIDAL qui, en 1890, publièrent pour la première fois deux observations sur « la pleurésie du stade roséolique de la syphilis. » Ils émirent l'idée qu'il pouvait s'agir d'une roséole pleurale, de même que la bronchite aiguë secondaire pouvait être rapportée à une roséole bronchique.

Bientôt, en 1891, CHANTEMESSE publiait cinq autres observations. (1)

Un peu plus tard, TALAMON rapportait deux autres cas.

Puis vinrent les observations de ROCHON, LYON, CASSET, REYNAUD et SCHERB.

En 1894, BROUSSE, de Montpellier, consacre à la pleurésie syphilitique secondaire un article des *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.*

MONTSERET (1894), fait une thèse (2) sur la

(1) *Bulletin Médical* (1891). *Presse Médicale* (1894).

(2) MONTSERET. Thèse de Montpellier 1894.

question, dans laquelle il rapporte les observations récentes de Brousse. A la même époque, paraît la thèse de Carra, (1) faite à l'instigation de Chantemesse, envisageant spécialement les pleurésies syphilitiques secondaires.

Les années suivantes, paraissent divers travaux sur la question : de Le Damany (1895), Spillmann et Etienne, Richard d'Aulnay, Preetorius (1896), Rochon (1897), Pauly et Duplant (1898).

Ravaut, en 1901, signale pour la première fois l'éosinophilie pleurale dans la pleurésie syphilitique secondaire.

En 1906, Lépine, recueille deux nouvelles observations dans le service du Pr Gaucher, puis Œttinger et Malloizel, qui en (1906) en rapportent trois cas, essayent d'en établir la formule cytologique.

Une dernière observation est enfin rapportée par Nassibian dans une thèse toute récente (1912) sur le sujet, inspirée par M. Bezançon.

Ajoutons en terminant cet historique qu'une discussion soulevée, dans ces derniers temps, (le 11 Juillet 1912) à la société d'études de la tuberculose, à la suite d'une observation de Bezançon et

---

(1) Carra. Thèse de Paris 1894.

Gastinel, que je mentionnerai ultérieurement, a fait voir que, dans l'esprit de plusieurs cliniciens, persistaient encore des doutes sérieux sur la nature réellement syphilitique de la pleurésie roséolique. Il y a donc lieu, aujourd'hui plus que jamais, de faire connaître tous les documents qu'on peut recueillir sur ce sujet et de les soumettre à une critique impartiale en faisant valoir les arguments pour et contre qu'ils peuvent comporter.

ETIOLOGIE

La pleurésie syphilitique secondaire, si l'on en juge par le nombre d'observations publiées depuis le travail initial de CHANTEMESSE et WIDAL, est une affection assez rare. Nous n'en avons trouvé que 41 observations dans la littérature médicale, et encore quelques-unes de ces observations sont-elles, pour diverses raisons, discutables. D'autres sont rapportées avec des détails insuffisants.

Certains auteurs, toutefois, pensent que la pleurésie syphilitique secondaire est très fréquente, et que, si elle n'est pas plus souvent observée, c'est à cause de son développement et de son évolution insidieuse qui la fait passer inaperçue. MONTSERET, par exemple, écrit : « que si l'on considère cette forme de pleurésie comme rare, c'est parce que précisément elle a été méconnue et a pu évoluer bien souvent à l'insu du malade et du médecin. »

ŒTTINGER et MALLOIZEL l'ont trouvée d'une façon particulièrement fréquente, environ dans le tiers des cas, en examinant systématiquement un

bon nombre de syphilitiques. C'est là une proportion que nous enregistrons avec réserve, car elle nous paraît un peu étonnante.

AGE. — La complication paraît atteindre surtout les jeunes gens de 19 à 30 ans. Ce fait n'a rien en lui-même de particulièrement notable, puisque c'est précisément l'âge où se contracte le plus communément la syphilis.

D'ailleurs, on l'a observée avant et après ces âges, à 13 ans, à 45 ans, etc.

SEXE. — L'affection s'est montrée jusqu'ici aussi fréquente chez l'homme que chez la femme. Nos 42 observations, y compris l'observation nouvelle que nous rapportons, se répartissent ainsi : hommes 17 et femmes 17.

CAUSES OCCASIONNELLES ET PRÉDISPOSANTES. — Y a-t-il au développement de la pleurésie au cours de la période secondaire de la syphilis des causes occasionnelles ou prédisposantes ?

En épluchant nos observations, nous n'avons rien trouvé à cet égard de notable. Mais il faut bien remarquer que beaucoup de ces observations sont lacunaires à ce point de vue.

Tout ce qu'on peut dire, c'est que la complication paraît en rapport avec une certaine intensité ou gravité de la syphilis ; elle paraît suivre plus

fréquemment les syphilis à accidents secondaires marqués.

On l'a observée dans *quelques cas de syphilis* à accident primitif extra-génital (chancre amygdalien. — Observation de Lyon).

DATE D'APPARITION DE LA MALADIE.

La pleurésie syphilitique secondaire est généralement précoce. Sans doute, on ne l'observe pas en coïncidence avec le chancre en évolution, mais on peut la voir en coïncidence avec le chancre encore en voie de cicatrisation ou d'effacement. Elle est nettement contemporaine — c'est là son caractère essentiel — des accidents cutanés et muqueux qui constituent la période roséolique. La plupart des auteurs (Carra, Montseret, Rochon, Chantemesse, Le Damany, etc.) s'accordent à déclarer qu'elle survient dans les deux ou trois premiers mois après le chancre.

Par exception, un malade de Preetorius a vu sa pleurésie survenir 18 mois, et un de Rochon, 2 ans après le chancre.

SYMPTOMATOLOGIE

Le cas de pleurésie syphilitique secondaire que nous avons récemment observé à Broussais représentant un véritable type clinique de l'affection, il nous semble ne pas pouvoir mieux faire que de le résumer ici au début de ce chapître.

Un jeune maçon de 25 ans entre à l'hôpital à la suite d'un point de côté gauche très vif ayant débuté dix jours avant l'entrée. On reconnaît au premier examen, d'après l'ensemble des signes physiques, qu'il est atteint d'une pleurésie gauche avec petit épanchement. La ponction capillaire confirme ce diagnostic, qui s'impose, en ramenant un liquide légèrement rosé et un peu louche. On est frappé, d'une part, de l'excellent aspect général du malade, de sa constitution physique vigoureuse, de sa carrure littéralement athlétique. C'est un sujet qui n'a jamais toussé, jamais eu d'hémoptysie, qui conserve même actuellement très bon appétit, et qui n'offre aux sommets pulmonaires aucun signe suspect. Il n'a présenté dans ces derniers temps ni

bronchite, ni rhumatisme, ni aucune autre affection à laquelle on puisse rapporter sa maladie, en dehors de celle que nous allons dire.

En le d'écouvrant, on est frappé de constater une éruption généralisée qui, à première vue, a l'aspect le plus net d'une roséole syphilitique. Un examen plus approfondi montre qu'en effet le malade est en plein épanouissement d'une syphilis secondaire. En dehors de la roséole caractéristique, on constate une pleiade ganglionnaire dans l'aine droite, une tuméfaction des ganglions épitrochléens, et, sur la verge, au niveau du frein, un nodule, induré, petit, lenticulaire, qui représente sans doute la cicatrice du chancre récent.

Le malade se plaint d'une forte céphalée qui dure depuis huit jours ainsi que de bourdonnements d'oreille. Quelques jours plus tard, on constate des plaques muqueuses sur les amygdales.

Cette coïncidence exacte d'une pleurésie avec une syphilis secondaire en pleine roséole impose le diagnostic de pleurésie syphilitique : nous voulons dire par là que le cas se montre tout à fait conforme à la plupart de ceux qui ont été décrits jusqu'ici de cette affection. Le diagnostic s'affirme d'autant plus qu'aucune autre cause manifeste de pleurésie ne se trouve chez le malade. On peut dire que c'est une pleurésie qui « ne fait pas autrement sa preuve. »

Cependant, comme dans tous les cas analogues, on est en droit de se demander si cette simple coïncidence clinique suffit à établir la relation sus-dite. Il est certain que, malgré toutes les observations antérieures, cette relation demeure encore aujourd'hui discutable. Rien n'empêche, en effet, à priori, un syphilitique en période secondaire de faire, sans relation avec sa syphilis ou même sous l'influence de sa syphilis débutante, une infection tuberculeuse plus ou moins atténuée de la plèvre. Rien n'empêche, non plus, d'ailleurs, que la pleurésie relève d'une des autres causes, quoique infiniment plus rares, d'inflammation pleurale.

Au seuil de ce travail, nous ne méconnaissons pas que l'existence de la pleurésie syphilitique secondaire pourvue des caractères cliniques que nous allons décrire, est encore sujette à contestations. C'est même pour cela qu'il y a tant d'utilité à contribuer à son étude par des documents nouveaux. Dans la discussion récente de la société d'études scientifiques sur la tuberculose, à laquelle nous avons fait allusion à l'historique, MM. Bezançon et Gastinel, Sergent et Darier ont manifesté une tendance explicite à mettre en doute l'existence de la pleurésie syphilitique secondaire.

Il importe naturellement, dans tous les cas, d'appuyer le diagnostic par les recherches de

laboratoire qui sont devenues courantes dans ces dernières années.

Nous indiquerons ces recherches et leur résultat tout à l'heure. Bornons-nous à constater pour le moment que l'essentiel de la symptomatologie clinique de l'affection figure dans notre observation, et que c'est ainsi que les faits de pleurésie syphilitique secondaire se présentent d'ordinaire au médecin.

Voici comment, à l'heure actuelle, d'après l'ensemble des observations publiées et d'une façon presque classique, s'établit la symptomatologie de l'affection.

DÉBUT. — Le début peut être brusque, bien marqué, comme celui d'une pleurésie tuberculeuse ordinaire. Le point de côté est souvent très vif, comme c'était le cas dans notre observation.

D'autres fois, et c'est un mode de début fréquent, la pleurésie se développe tout à fait insidieusement, et ses signes fonctionnels sont si peu marqués qu'elle n'est reconnue que par ses signes physiques.

Dans la majorité des cas, la pleurésie est à épanchement et est unilatérale.

Dans de nombreux cas, la pleurésie est double ; on peut la voir alors à épanchement des deux côtés, ou sèche d'un côté et liquide de l'autre.

Enfin, il existe quelques observations, dans lesquelles la pleurésie, étant limitée à un côté, est restée sèche pendant toute la durée de l'évolution.

SIGNES PHYSIQUES. — Lorsque la pleurésie est sèche, elle se traduit, purement et simplement, comme toujours en pareil cas, par des frottements avec ou sans point de côté ressenti par le malade.

La pleurésie avec épanchement se révèle par le syndrome physique habituel de tout épanchement pleural : matité plus ou moins étendue à la percussion, diminution des vibrations thoraciques, abolition du murmure vésiculaire, égophonie, souffle pleurétique, pectoriloquie aphone etc...

QUANTITÉ DE L'ÉPANCHEMENT. — L'épanchement est généralement de petite quantité ou tout au plus de quantité moyenne. Il n'a guère été signalé que deux observations de pleurésie syphilitique secondaire, ayant paru nécessiter la thoracentèse.

SYMPTOMES FONCTIONNELS. — La pleurésie syphilitique secondaire, en dehors du point de côté plus ou moins vif, ne comporte souvent pas de symptômes fonctionnels très accusés.

Il n'y a presque pas de dyspnée, vu le peu d'abondance de l'épanchement. Par exception, il y avait une dyspnée intense dans un cas de CHANTEMESSE ; mais le fait s'explique suffisamment parce qu'il s'agissait d'une pleurésie diaphragmatique.

Il semble qu'il y ait assez souvent adjoint à la pleurésie un élément bronchitique assez accusé : les malades toussent et expectorent notablement.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX. — La pleurésie syphilitique éveille des réactions générales assez variées suivant les malades.

Dans certaines observations, l'évolution paraît avoir été tout à fait apyrétique ou peu fébrile (38° 38°5) ; mais ce n'est pas là un fait général. Dans la plupart, il y a eu de la fièvre et quelquefois même des poussées de fièvre assez vive montant à 39° et au-dessus. Il en a été ainsi dans notre observation.

On a noté du malaise, de l'inappétence etc.

L'état général se fait quelquefois remarquer par sa bonne conservation, le malade ne paraissant ni maigrir ni s'anémier d'une façon notable. Ce fait ne manque pas d'être assez impressionnant lorsqu'il existe, mais il faut bien dire qu'on ne peut le considérer comme caractéristique. D'abord, il est loin d'être général. Ensuite, il ne faut pas oublier qu'on observe de loin en loin cette même bonne apparence dans des pleurésies d'origine nettement tuberculeuse.

En somme, il faut bien le reconnaître, rien dans ses caractères cliniques ne spécifie la pleurésie syphilitique secondaire. On ne peut guère lui attribuer, et encore sous certaines réserves, que quelques nuances symptomatiques, telles que : la quantité ordinairement modérée de l'épanchement,

les réactions générales souvent minimes et la bilatéralité fréquente.

COINCIDENCE DES ACCIDENTS SPÉCIFIQUES. — On peut dire que le caractère majeur de la pleurésie syphilitique secondaire, c'est la coïncidence de son développement avec les divers accidents cutanéo-muqueux de la syphilis secondaire, en particulier, avec la roséole primaire ou, exeptionnellement, avec la roséole de retour, avec les plaques muqeuses, parfois avec le chancre en voie de cicatrisation, et avec les reliquats de la pleiade ganglionnaire, satellite du chancre, ainsi qu'avec des adénopathies syphilitiques multiples, etc. C'est ce qui a valu à cette pleurésie le nom de pleurésie du stade roséolique de la syphilis.

On observe, d'ailleurs, quelquefois, en même temps qu'elle, bien d'autres accidents syphilitiques plus ou moins rares, tels que : iritis, périostites, splénomégalie, névralgies intercostales, myalgies, arthralgies, bronchite aiguë.

On a signalé également la coïncidence de la pleurésie avec une péricardite, avec une phlébite. (RICHARD D'AULNAY)

Nous mentionnerons à part, afin de la faire ressortir, la coïncidence de la pleurésie avec un ictère. Ce fait est signalé dans deux cas d'ŒTTINGER et MALLOIZEL, dans une observation de RICHARD D'AULNAY et une autre de TALAMON.

CARACTÈRES PHYSICO - CHIMIQUES DE L'ÉPANCHEMENT PLEURAL. — Dans tous les cas connus, l'épanchement pleural a présenté les caractères suivants : c'est une liquide ordinairement séro-fibrineux, clair et citrin, quelquefois jaune rosé, probablement légèrement hémorragique contenant en abondance de la fibrine.

Dans notre cas personnel, il était jaune rosé et un peu louche. ŒTTINGER et MALLOIZEL le signalent également comme opalescent dans deux cas.

Jamais le liquide ne s'est montré purulent, ni n'a subi de transformation purulente.

L'abondance de la fibrine témoigne du caractère franchement phlegmasique de l'épanchement.

CYTOLOGIE. — Il n'existe à l'heure actuelle qu'un très petit nombre d'observations dans lesquelles a été étudiée la cytologie de l'épanchement, environ une huitaine : observations de RAVAUT, d'ŒTTINGER et MALLOIZEL, de LÉPINE, de NASSIBIAN et la nôtre.

L'ensemble de ces observations ne révèle pas un type cytologique uniforme.

Cependant, d'une façon générale, il y a :

1° absence ou très grande rareté des polynucléaires,

2° lymphocytose plus ou moins abondante.

3° présence d'éosinophiles, constatée dans la plupart des observations.

Dans notre observation, dès la première ponction,

il a été trouvé un nombre considérable de mononucléaires et aussi de polynucléaires éosinophiles, environ 30 0/0. Cette éosinophilie pleurale a été retrouvée, toutefois moins abondante, à toutes les ponctions ultérieures, faites à différentes étapes de la maladie. Il n'a pas été fait de recherche comparative du taux de l'éosinophilie dans le sang.

Plusieurs observations signalent une certaine abondance des éléments endothéliaux (ŒTTINGER et MALLOIZEL, RAVAUT, LÉPINE) ainsi que des gros et moyens mononucléaires.

Il a été, en outre, trouvé d'assez nombreuses globules rouges.

Rien dans cette cytologie, n'est absolument caractéristique. Cependant l'éosinophilie pleurale est digne de remarque : sa fréquence et son importance constituent un caractère qui, sans être spécifique, ne semble pas sans valeur au point de vue de la signification différentielle avec les autres pleurésies, surtout s'il vient à s'affirmer dans des observations ultérieures et acquiert un caractére suffisant de généralité.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES CRACHATS. — L'examen bactériologique des crachats n'a été fait, à notre connaissance, que dans quatre observations : celles de MONTSERET, de LE DAMANY, de NASSIBIAN et la nôtre.

Le résultat a été négatif dans trois cas.

Il n'a été positif que dans le cas de Bezançon et Gastinel rapporté par Nassibian, la recherche ayant été faite par le procédé d'homogénéïsation des crachats. Il ne semble d'ailleurs pas douteux que le cas de Bezançon, Gastinel et Nassibian se rapporte à une pleurésie tuberculeuse chez un syphilitique : c'est un point que nous discuterons plus loin. Il ne nous paraît pas prouvé que les conclusions à en tirer doivent être trop généralisées.

INOCULATION DES CRACHATS AU COBAYE. — L'inoculation des crachats au cobaye a été faite, avec un résultat négatif, par Le Damany, et avec un résultat positif par Bezançon et Gastinel dans le cas cité ci-dessus.

EXAMEN DU LIQUIDE PLEURAL CENTRIFUGÉ. — L'examen du liquide pleural après centrifugation est mentionné dans l'observation de Richard d'Aulnay. Il a été fait dans la nôtre. Il a été négatif dans les deux cas. Il faut remarquer toutefois que cet examen a été fait par le simple étalement sur lamelles du culot de centrifugation et coloration par le Ziehl, procédé qui, en pareil cas, ne donne presque jamais que des résultats négatifs, et que nous ne mentionnons ici que pour mémoire.

Nous ne croyons pas qu'aucune recherche ait été

faite jusqu'ici par le procédé, sans doute meilleur, de l'inoscopie.

CULTURES DU LIQUIDE PLEURAL. — La culture du liquide pleural a été faite par LE DAMANY, ŒTTINGER et MALLOIZEL, RAVAUT, SPILLMANN et ETIENNE, chacun dans un cas.

Elle a été négative dans tous, sauf dans celui de LE DAMANY, qui y a trouvé du bactérium coli, conséquence vraisemblable d'une infection secondaire.

INOCULATION DU LIQUIDE PLEURAL AU COBAYE. — L'inoculation du liquide pleural au cobaye a été faite par LE DAMANY, SPILLMANN et ETIENNE, BEZANÇON et GASTINEL dans la cavité péritonéale.

BERGÉ, ROUDINESCO et PERNET (notre observation personnelle) ont fait cette inoculation sous la peau de la cuisse de trois cobayes avec le culot de centrifugation.

Le résultat a été négatif dans tous les cas, sauf dans le cas de BEZANÇON et GASTINEL, qui, nous le répétons, représente manifestement un cas de pleuro-tuberculose chez une syphilitique.

INJECTION DU LIQUIDE PLEURAL AU MACAQUE. — Le seul essai de ce genre qui ait été fait est dû à ŒTTINGER et MALLOIZEL qui inoculèrent l'animal au sourcil. Le résultat fut négatif, et le contrôle fut fait de ce résultat par l'inocu-

lation, trois mois plus tard, du même macaque avec un produit syphilitique virulent, qui détermina cette fois une lésion spécifique manifeste.

RÉACTION DE WASSERMANN DANS LE LIQUIDE PLEURAL. — La réaction de Wassermann dans le liquide pleural a été recherchée dans l'observation BEZANÇON et GASTINEL et dans la nôtre. Elle a été trouvée positive dans les deux cas.

Cette réaction était en même temps, dans ces deux cas, positive dans le sérum sanguin. (1)

Le fait que la réaction de Wassermann dans le liquide pleural a été positive n'a sans doute pas grande signification : car on sait aujourd'hui que la toxine syphilitique se diffuse dans les humeurs des syphilitiques et peut y provoquer la réaction spécifique. Il n'est pas extraordinaire qu'on la trouve dans un épanchement pleural, quelle que soit sa nature, chez un syphilitique.

L'observation de BEZANÇON et GASTINEL apporte la preuve qu'on peut la trouver en cas de pleurotuberculose.

Il faut remarquer toutefois que son caractère négatif eût été intéressant à signaler et qu'on aurait pu en tirer argument contre la spécificité de la pleurésie.

---

(1) Ces deux recherches ont été faites, dans notre cas, par l'Institut Pasteur.

RECHERCHE DU TRÉPONÈME DANS L'ÉPANCHEMENT. — Cette recherche n'a été faite que par Œttinger et Malloizel et par Bergé, Roudinesco et Pernet, avec le culot de centrifugation. Dans cette dernière observation, ni l'examen répété à l'ultra-microscope, ni la recherche sur lamelles colorées, n'ont révélé le tréponème. Il en a été dé même dans le cas d'Œttinger et Malloizel.

En fait, le résultat négatif de cette recherche ne saurait être très étonnant. Il faut observer combien sont rares les bacilles de Koch révélés pendant la vie dans les épanchements pleuraux tuberculeux. If faut, en outre, rappeler combien est fragile le tréponème. Ajoutons que son siège, pour déterminer la pleurésie, est probablement intrapleural, et qu'il ne transude probablement dans le liquide qu'accidentellement, et enfin qu'il y a des chances, s'il y séjourne quelque temps, pour qu'il s'y détruise ou s'y altère. Nous ne croyons donc pas que son absence, regrettable au point de vue du diagnostic, milite gravement contre la spécificité de la pleurésie roséolique.

Il ne nous paraît pas paradoxal de faire même cette réflexion :

Que la présence du tréponème dans l'épanchement pleural, à supposer qu'on l'y révèle quelque jour, ne suffira peut-être pas à prouver la nature spécifique de la pleurésie roséolique, diverses

humeurs des syphilitiques, le sang principalement, véhiculant sans doute en plus ou moins grande abondance ce microorganisme.

ÉPREUVE DE LA TUBERCULINE ET SÉRO-DIAGNOSTICS. — Il n'a pas été fait encore, à notre connaissance, d'épreuves de séro-diagnostics visant la tuberculose ou la syphilis avec le liquide pleural.

Quant à l'épreuve de la tuberculine, elle a été faite dans notre observation avec un résultat douteux. On sait d'ailleurs combien cette épreuve a peu de valeur chez l'adulte.

ÉVOLUTION

La pleurésie syphilitique secondaire se fait incontestablement remarquer par sa bénignité, et par son évolution rapide.

Ces caractères, qui se rencontrent assurément de temps en temps dans la pleuro-tuberculose, sont ici constants ou presque; et il est difficile de ne pas en être frappé comme d'une particularité de la pleurésie roséolique.

Aucun cas, à notre connaissance, ne s'est terminé par la mort. Dans aucun cas, il n'a été signalé de granulie, ni d'infiltration tuberculeuse à marche rapide des poumons au cours ou à la suite de cette pleurésie, comme cela se voit de temps en temps dans la pleuro-tuberculose.

Tous les malades ont régulièrement guéri, après avoir présenté des réactions générales plus ou moins intenses, souvent peu marquées.

La durée de la maladie a été généralement courte. La moyenne du temps compris entre l'apparition du point de côté et l'effacement plus ou

moins complet des signes physiques permettant de considérer le malade comme convalescent a été d'une vingtaine de jours environ : 25 jours, 26, 18, 21 (Œttinger et Malloizel), 20 (Richard d'Aulnay), 16 (Talamon), quelquefois moins, 10, 10, 12 (Œttinger et Malloizel), 10 (Lépine), 12 (Chantemesse), 8 (Talamon), 8 (Lyon), 5 (Casset), ou exceptionnellement plus : 30 (Rochon), 30 (Montseret), 80 (Le Damany). Ces chiffres sont, à la vérité, seulement approximatifs, car il n'est pas possible de fixer avec précision la date où un pleurétique doit être considéré comme entrant en convalescence.

Je dois faire remarquer, en outre, que, dans quelques-unes de ces observations, la pleurésie n'a pas dépassé la phase sèche.

Ajoutons également que, dans la plupart des cas, on a institué le traitement hydrargyrique.

L'influence de ce traitement est considérée par la plupart des auteurs, frappés sans doute de la courte durée et de la bénignité de l'évolution de la pleurésie, comme ayant exercé une action très efficace.

Dans notre cas, où, pour la première fois, croyons-nous, on a appliqué le salvarsan (en injections intraveineuses) le jugement à porter sur l'efficacité du traitemeut est plutôt favorable : la pleurésie, qui datait de dix jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, a duré environ 45 jours. Mais il faut dire qu'elle n'a été traitée par

une première injection qu'au bout de 30 jours. Il a été fait trois injections de salvarsan. Après les deux premières, en quinze jours, sans qu'on ait eu recours à une ponction évacuatrice, le malade pouvait être considéré comme en pleine voie de guérison. Il quittait le service au bout d'un mois.

Le fait que la pleurésie a été souvent double n'a pas altéré le caractère généralement bénin de l'affection.

L'épanchement pleural avait été, dans la plupart des cas, modéré ; on n'a eu que tout-à-fait exceptionnellement besoin de recourir à la thoracentèse (cas de RICHARD D'AULNAY, cas de BEZANÇON et GASTINEL).

PRONOSTIC

Le pronostic de la pleurésie svphilitique secondaire, tel qu'il découle de l'évolution de tous les cas publiés, est remarquablement favorable.

Nous venons déjà de l'indiquer suffisamment en décrivant l'évolution.

Il semble que la terminaison habituelle de la pleurésie ait été une guérison complète avec retour à l'intégrité de la plèvre.

Peu de malades, toutefois, ont été revus à longue distance de leur maladie. LÉPINE, qui a revu le sien huit mois après, l'a retrouvé indemne pulmonairement.

Quant à nous, nous venons de revoir et d'examiner minutieusement, avec MM. BERGÉ et PERNET, le sujet qui a fait l'objet de notre observation, quatre mois et demi après sa sortie de l'hôpital, et nous le trouvons complètement indemne pulmonairement, avec un tel retour à la normale des plèvres qu'il ne serait pas possible à l'heure actuelle,

à l'examen physique, de dire quel est le côté qui a été malade.

La pleurésie syphilitique pourrait-elle être une cause d'appel pour le développement d'une tuberculose ultérieure, à supposer, comme nous le croyons, qu'elle ne soit pas elle-même le résultat d'une infection tuberculeuse ? Le fait est assurément possible et à prévoir ; mais il n'a pas été jusqu'ici mentionné dans une observation explicite. Nous faisons toujours abstraction du cas de la thèse de Nassibian, qui sera commenté ultérieurement.

Le développement de la pleurésie syphilitique témoigne-t-il de la virulence particulière de la syphilis qu'elle vient compliquer et cette complication doit-elle dicter par conséquent un traitement spécifique particulièrement soigné et prolongé du malade ? On est tenté de le croire, si l'on considère que, d'une part, elle coïncide d'ordinaire avec une éruption cutanéo-muqueuse intense, et que, d'autre part, elle s'accompagne de temps en temps de manifestations syphilitiques un peu exceptionnelles, telles que ictère, arthralgies, iritis, etc.

FORMES CLINIQUES

Nous serons très bref sur les formes cliniques de la pleurésie syphilitique secondaire. Ces formes ont été fort exagérément multipliées par divers auteurs.

Il nous suffira d'indiquer ou de rappeler que, d'une façon générale, la pleurésie secondaire peut être :

1° Au point de vue de sa localisation : *unilatérale* ou souvent aussi *bilatérale* et exceptionnellement *partielle,* notamment *diaphragmatique* (un cas de CHANTEMESSE).

2° Au point de vue de ses réactions anatomo-pathologiques : *sèche,* ou *à épanchement séro-fibrineux.*

3° Au point de vue de ses manifestations cliniques : *insidieuse* ou *latente, ordinaire* ou *à grand fracas.*

DIAGNOSTIC

Il n'y a pas de signe spécial de pleurésie syphilitique en tant que pleurésie. Son diagnostic est celui de toute pleurésie, basé sur des signes en rapport avec les formes : sèche, à épanchement, etc. Il est presque superflu de dire qu'on ne devra pas confondre la pleurésie, lors du point de côté, avec une myalgie, une périostite costale, une névralgie intercostale, qui s'observent assez souvent dans la syphilis secondaire.

L'existence connue de la complication la fera rechercher systématiquement chez les syphilitiques en éruption secondaire, dès que l'attention sera attirée par la moindre douleur thoracique ou par de la fièvre, ou même sans raison spéciale, afin de ne pas laisser échapper ses formes insidieuses.

Le point important est, une pleurésie étant reconnue ou révélée chez un sujet, au moment de poser le diagnostic étiologique, de ne pas oublier ou méconnaître la pleurésie roséolique. Il faudra y penser et rechercher les symptômes spécifiques.

J'ai suffisamment indiqué, à la symptomatologie, les éléments du diagnostic étiologique pour n'avoir pas à y revenir.

La pleurésie syphilitique, considérée au point de vue du diagnostic différentiel, doit être distinguée de la *pleurésie rhumatismale* et surtout de la *pleuro-tuberculose*.

On pourrait, en effet, occasionnellement penser à la *pleurésie rhumatismale* en raison de sa coïncidence avec des arthralgies, qui ont été signalées dans plusieurs observations. Cette pleurésie présente, il faut le reconnaître, une certaine ressemblance avec la pleurésie syphilitique, puisqu'elle est souvent double, moyenne quant à l'épanchement, bénigne, fugace. Mais, en premier lieu, il sera difficile de confondre les arthralgies syphilitiques avec les arthrites intenses du rhumatisme vrai, et la présence d'accidents syphilitiques chez le malade viendra éclairer vivement le diagnostic. En second lieu, on se fondera sur la cytologie différente de ces épanchements : absence de polynucléaires et présence d'éosinophiles ainsi que souvent de cellules endothéliales chez les syphilitiques, — présence chez les rhumatisants d'une des formules suivantes : *(a)* polynucléaires trés abondants avec rares lymphocytes, mononucléaires et placards eudothéliaux, ou *(b)* cellules endothéliales abondantes prédominantes avec polynucléaires, mononucléaires et globules

rouges abondants. Enfin, l'efficacité du traitement salicylé viendra juger définitivement la question.

Le principal diagnostic à faire, le plus difficile (puisqu'il pose même une question de principe), est le diagnostic avec *la pleuro-tuberculose,* accidentellement survenue chez un syphilitique secondaire. L'existence d'une telle coïncidence n'est pas douteuse ; le type en est le cas publié par BEZANÇON et GASTINEL. Les caractères diagnostiques se tireront, d'une part de tous les signes cliniques et extra-cliniques de tuberculose chez le sujet (bacilles de Koch dans les crachats ou dans l'épanchement, signes des sommets, antécédents personnels de tuberculose, inoculation positive des crachats ou du liquide pleural au cobaye, état général tuberculinémique, etc. etc., et, d'autre part, de l'ensemble des signes cliniques et extra-cliniques défavorables à l'hypothèse de tuberculose (absence d'antécédents, bon état général, résultat négatif des inoculations, de l'examen des crachats, évolution bénigne, bilatéralité possible de l'affection, éosinophilie pleurale, Wassermann positif, etc).

Nous n'indiquerons que pour mémoire le diagnostic à faire dans de rares cas avec la pleurésie syphilitique tertiaire, la pleurésie cancéreuse et les autres pleurésies, infectieuses, cardiaques et autres.

PATHOGÉNIE

Le problème essentiel qui se pose à propos de la forme de pleurésie que nous venons d'étudier, problème qui à l'heure actuelle paraît assez vivement discuté, est le suivant : la pleurésie constatée au cours de la syphilis secondaire est-elle une pleurésie syphilitique vraie, c'est-à-dire relevant du microorganisme pathogène de la syphilis, c'est-à-dire du tréponème, ou bien est-elle le résultat d'une infection primitive ou secondaire des plèvres par le bacille de Koch, coïncidant avec la syphilis en éruption roséolique, c'est-à-dire est-elle une pleuro-tuberculose, d'allure un peu spéciale, atténuée, chez un syphilitique secondaire ? Il n'est pas question d'ailleurs d'incriminer d'autres microbes comme agents possibles de cette pleurésie. La pleuro-tuberculose est en effet de beaucoup la cause dominante des pleurésies, « qui ne font pas leur preuve », c'est-à-dire dont aucune autre étiologie n'est manifeste.

A. — PLEURO-TUBERCULOSE CHEZ LES

SYPHILITIQUES SECONDAIRES. — Posons d'abord comme un principe admissible a priori, que la tuberculose et la syphilis, étant toutes deux des affections communes, particulièrement chez les adolescents et les adultes, il ne saurait y avoir rien d'extraordinaire à leur conjonction accidentelle chez un même sujet, à la période secondaire de la vérole. Il n'est pas douteux que de tels cas de *pleuro-tuberculose chez les syphilitiques secondaires* doivent s'observer de temps en temps.

Du reste, quelques-unes des observations incluses dans cette thèse sont bien un peu suspectes au point de vue de l'action de la seule syphilis et paraissent bien devoir être regardées comme des pleurésies tuberculeuses. Aucune, toutefois, n'a la précision de celle récemment rapportée par BEZANÇON et GASTINEL qui, à notre avis, apporte la preuve de l'existence réelle de types de ce genre.

Le cas en question vise, en effet, une pleurésie avec moyen épanchement survenue en même temps qu'une poussée éruptive de syphilides psoriasiformes, huit mois environ après un chancre induré de la vulve. Cette pleurésie pouvait, en raison de cette seule coïncidence, être légitimement considérée comme une pleurésie syphilitique secondaire, d'autant plus que la reaction de WASSERMANN s'était montrée positive avec le

liquide pleural de même qu'avec le sérum sanguin de la malade. Mais alors que déjà plusieurs caractères cliniques attiraient l'attention sur la tuberculose possible, l'ensemble des recherches de laboratoire auxquelles se sont livrés les auteurs de l'observation, ont démontré presque péremptoirement qu'il s'agissait bien d'une pleurésie bacillaire.

En effet, au point de vue clinique, 1° on trouvait chez la malade des antécédents héréditaires de bacillose : un père mort tuberculeux ; 2° on notait des signes cliniques plus que suspects au sommet gauche : murmure vésiculaire très affaibli, expiration prolongée et soufflante, inspiration rude et élevée, légère submatite à la percussion, ainsi que léger prolongement de l'expiration au sommet droit ; l'évolution se montrait un peu anormale par rapport aux cas ordinaires de pleurésies syphilitiques secondaires, puisqu'on a été obligé de faire une évacuation pleurale à cause de la dyspnée et que la malade paraît avoir mis plus de trois mois à guérir.

Au point de vue des recherches de laboratoire, une démonstration probante de la bacillose a été donnée 1° par la découverte de bacilles de Koch dans les crachats traités par l'homogénéïsation (alors d'ailleurs que l'examen direct par coloration sur lamelle n'en avait pas montré) ; 2° par la

tuberculisation d'un cobaye avec les crachats injectés sous la peau ; 3° par la tuberculisation d'un autre cobaye injecté dans le péritoine avec le liquide pleural.

Ajoutons enfin que la formule cytologique du liquide était une lymphocytose pure et se montrait en cela bien différente de la cytologie qui a été révélée jusqu'ici chez les malades atteints de pleurésie syphilitique.

Une telle constation doit-elle être généralisée et suffire à l'heure actuelle pour infirmer la notion de pleurésie syphilitique secondaire vraie ? Nous ne le pensons pas, quoique, à parler franc, nous reconnaissions qu'aucun des arguments qu'on peut invoquer en faveur de son existence ne soit décisif et quoique, même, il faut le dire, on n'entrevoie pas suffisamment le moyen d'en apporter une démonstration absolue.

B. — PLEURO-SYPHILIS SECONDAIRE. — Voici quels sont les principaux arguments qui, avec une valeur très inégale d'ailleurs, quelques-uns même avec une valeur discutable, militent en faveur de l'existence de la pleuro-syphilis secondaire.

1° Arguments cliniques. — *a*) Cliniquement, on peut invoquer d'abord que la coïncidence de la tuberculose et de la syphilis secondaire n'est pas une coïncidence large, mais une coïncidence étroite,

consistant en apparition de la pleurésie, non pas à un moment quelconque de la syphilis secondaire, mais pour ainsi dire toujours au moment même de l'épanouissement des accidents cutanéo-muqueux, ce qui limite considérablement l'hypothèse de la conjonction par hasard des deux affections. Il faut remarquer que plus on publiera de cas de pleurésies survenues dans ces conditions et plus s'affirmera, semble-t-il, la réalité de la pleuro-syphilis. On ne saurait donc trop recommander aux observateurs de n'en négliger aucun dans l'avenir. Car ce sera peut-être la meilleure base d'appréciation.

b) La bilatéralité de la pleurésie syphilitique est fréquente : nous l'avons notée une douzaine de fois sur nos 42 observations ; c'est là une grosse proportion par rapport à la fréquence de cette bilatéralité dans la pleuro-tuberculose primitive. On peut dire, à cause de cette bilatéralité ainsi qu'à cause de la bénignité et de l'évolution rapide de cette pleurésie, qu'elle se rapproche et encore plus peut-être cliniquement, de la pleurésie rhumatismale que de la pleurésie tuberculeuse ordinaire.

c) Quoique les caractères de bénignité, d'évolution rapide, de brève durée, de réactions générales souvent peu intenses, de quantité modérée de l'épanchement, de restitutio ad integrum presque

complète des plèvres, de pronostic toujours favorable, constituent des caractères qui peuvent s'observer dans la pleuro-tuberculose, leur ensemble, si couramment constaté dans la pleurosyphilis, donne bien à cette affection une allure un peu spéciale, et véritablement « personnelle ».

d) Il y a lieu de noter encore ce fait que la pleurésie syphilitique paraît compliquer le plus souvent des syphilis d'une certaine intensité et, en particulier, des syphilis donnant lieu à des manifestations viscérales (ictère, bronchite, iritis, etc.) et articulaires, assez exceptionnelles.

2° *Arguments extra-cliniques.* — *a.* — La cytologie s'est montrée jusqu'ici, dans les quelques cas où elle a été recherchée, assez différente de la cytologie des épanchements tuberculeux : (éosinophilie abondante, etc.).

b) La réaction de Wassermann s'est montrée positive dans les deux cas où on l'a recherchée. Mais ce fait est le moindre des arguments, puisqu'on sait aujourd'hui que la réaction se retrouve positive dans toutes les humeurs des syphilitiques, quelles qu'elles soient.

c) Bien meilleur est l'argument basé sur la non-tuberculisation du cobaye par les injections sous-cutanées et intrapéritonéales du liquide pleural provenant des pleurésies syphilitiques. Quoique les

faits négatifs soient loin d'avoir évidemment la valeur des faits positifs, le bon nombre des faits negatifs de ce genre qui ont été publiés, coïncidant avec quelques-uns des caractères précédents, ne peut pas, dans l'esprit le plus prévenu, ne pas peser d'un grand poids en faveur de la pleuro- syphilis secondaire, par exclusion très probable de la bacillose.

3 *Argument Thérapeutique.* — L'adage « *naturam morborum ostendunt curationes* » trouve-t-il enfin ici son application ? Si l'on tient compte de l'appréciation trés favorable que la plupart des auteurs portent sur l'efficacité du traitement spécifique, efficacité qui nous a paru également probable dans notre cas à la suite des injections de Salvarsan, il faut répondre par l'affirmative à la question posée. C'est là un dernier argument qui n'est pas sans valeur surtout s'il vient encore à se confirmer dans l'avenir.

Plus on creuse la question, et plus on entrevoit de difficultés à la démonstration absolue de la réalité de la pleurosyphilis. Si l'imprégnation du liquide pleural par les toxines spécifiques, déterminant la réaction de Wassermann, n'est pas une preuve de la nature syphilitique de cet épanchement, puisque toutes les humenrs des syphilitiques se montrent également imprégnées, peut-on penser au moins que la présence révélée du tréponeme dans

le liquide pleural suffira à apporter cette démonstration désirée ? Nous ne pouvons même pas le croire, puisque nous savons que ce microbe se diffuse dans le sang et les humeurs des syphilitiques secondaires. On ne pourra que difficilement établir une relation nette entre cette présence et la phlegmasie génératrice de cette humeur.

TRAITEMENT

Le traitement de la pleurésie de la période secondaire de la syphilis doit se déduire de l'ensemble des constatations qui ont été exposées ici à son sujet.

Un premier mode de traitement s'impose : le *traitement antisyphilitique*, puis que le malade est en plein épanouissement d'une syphilis secondaire et généralement d'une syphilis intense.

La complication pleurétique étant, d'après nos conclusions, de nature syphilitique, le traitement spécifique qu'on appliquera visera particulièrement la cure de cette pleurésie.

En fait, ainsi que nous l'avons dit, la plupart des auteurs n'ont eu qu'à se féliciter de son action, quoiqu'ils aient employé les préparations d'hydrargyre les plus diverses.

Nous ne sommes pas en mesure de dire à laquelle de ces préparations mercurielles il faudra, dans

l'espèce, donner la préférence. Nous croyons qu'il y a lieu de mettre en œuvre le traitement intensif, comme dans toute affection syphilitique viscérale, et surtout pour obéir aux tendances actuelles, d'employer particullèrement les frictions hydrargyriques ou les injections mercurielles, notamment les sels solubles : biodure de mercure, cyanure de mercure, benzoate, etc., dans les conditions et aux doses classiques, qu'il serait superflu d'indiquer ici. Le traitement hydrargyrique n'a jamais paru avoir le moindre inconvénient et tous les auteurs sont d'accord sur son emploi. Il va de soi qu'il sera surveillé, comme toujours en pareil cas.

Depuis la découverte de l'arséno-benzol par EHRLICH, on sait quel engouement a régné dans le monde médical pour ce nouveau produit et ses dérivés. Avant lui, d'ailleurs, divers sels arsénicaux, hectine, hectargyre, avaient paru donner des résultats encourageants. Nous ne connaissons pas d'observations, autre que la nôtre, dans laquelle on ait fait l'application de ces nouveaux médicaments.

Ainsi que nous l'avons exposé, il a été fait, dans notre cas, trois injections intravéineuses d'arséno-benzol. La première injection a été faite alors que le malade avait sa pleurésie depuis un mois environ, et que l'épanchement commençait déjà à régresser. Il nous a bien semblé que cette régression en a été

hâtée, puisque quinze jours plus tard, après deux injections, l'affection pouvait être considérée comme en pleine voie de guérison. Nous n'en pouvons pas faire plus sans exagération, que d'indiquer cette bonne impression qui nous encouragerait à mettre en œuvre le même traitement à une autre occasion. Nous n'avons pas manqué d'ailleurs de faire suivre au malade un traitement mercuriel complémentaire.

Une autre question se pose à propos des pleurétiques syphilitiques en général : doit-on ordonner à ces malades de l'iodure de potassium ? La plupart des auteurs se sont décidés pour la négative, par crainte de l'action congestive de l'iodure. Il faut observer que si le mercure serait toujours inoffensif, même dans les cas où la tuberculose s'associerait à la syphilis pour provoquer la maladie, il pourrait n'en être pas de même de l'iodure, susceptible de donner un coup de fouet au développement de la bacillose.

Puisqu'il est possible que, dans certains cas du moins, la pleurésie relève d'une tuberculose accidentellement coïncidante avec la syphilis, et même puisqu'on n'est pas à l'heure actuelle absolument certain de la façon dont on doit interpréter la syphilis secondaire, on ne saurait refuser au malade le bénéfice d'un *traitement anti-tuberculeux* qui,

sans inconvénient, pourra être systématiquement adjoint au traitement antisyphilitique.

Le repos, la cure d'air, la suralimentation, les médications toniques et reconstituantes appropriées seront, comme toujours, les éléments majeurs de cette cure.

CONCLUSIONS

1° On observe de temps en temps, d'ailleurs assez rarement, chez les syphilitiques à la période secondaire, une pleurésie séro-fibrineuse, quelquefois sèche, uni ou bilatérale, que sa coïncidence exacte avec les accidents cutanéo-muqueux de la syphilis ainsi que l'absence de toute autre cause patente, incitent à considérer comme étant de nature syphilitique.

2° La nature syphilitique de cette pleurésie est encore discutable. Elle est actuellement fort discutée.

3° En dehors de sa coïncidence remarquable avec les éruptions syphilitiques secondaires roséoliques, on peut invoquer en faveur de l'existence de la pleuro-syphilis secondaire vraie, due au tréponème, l'ensemble des constatations et arguments suivants qui ont été faits dans un bon nombre d'observations : allure clinique uu peu spéciale, bonne conservation habituelle de l'état général du malade, épanche-

ment toujours modéré dans sa quantité, bénignité de l'évolution, brièveté de la durée, *restitutio ad integrum* des plèvres, efficacité du traitement spécifique, non tuberculisation du cobaye par les injections du liquide pleural, caractères cytologiques particuliers de l'épanchement, éosinophilie fréquente, abondante et persistante.

La réaction de Wassermann positive dans l'épanchement en même temps que dans le sang, dans les deux cas où on l'a recherchée, est un argument de valeur moindre et peut-être même nul, vu l'imprégnation générale de toutes les humeurs des syphilitiques secondaires.

4° Il faut reconnaître qu'aucun des caractères cliniques et autres, invoqués en faveur de la pleurésie syphilitique vraie secondaire, n'est décisif. L'ensemble seul milite en sa faveur. Il n'est aucun de ces caractères qui ne puisse s'observer dans la pleuro-tuberculose notamment. Il est bien évident qu'il peut exister des cas de pleurésie tuberculeuse chez les syphilitiques secondaires. C'est un cas de ce genre que, malgré les apparences, Bezançon et Gastinel ont mis récemment en évidence. Toutefois de telles observations, a moins qu'elles ne se multiplient au point d'absorber les autres, ne prouvent pas la non-existence de la pleurésie syphilitique.

6° Dans l'état actuel de la science, on ne voit pas quelles constatations pourraient être décisives en

faveur de la réalité de cette affection ; car, même la présence du tréponème dans l'épanchement, qui n'a d'ailleurs pas été jusqu'ici constatée, n'aurait pas une signification absolue au point de vue pathogénique, tellement il serait naturel de l'observer dans une humeur pathologique chez un syphilitique secondaire à la période d'infection générale.

7° De la masse des faits recueillis jusqu'ici, en considération de l'ensemble des constatations faites, nous concluons néanmoins qu'il y a lieu actuellement d'admettre la réalité de la pleurésie des syphilitiques secondaires comme pleurésie syphilitique attribuable au tréponème.

Vu : le Président de Thèse,
HUTINEL.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

PLEURÉSIE SYPHILITIQUE SECONDAIRE SURVENUE AU MOMENT DE LA ROSÉOLE

OBSERVATION PERSONNELLE

(Due à l'obligeance de MM. Bergé, Roudinesco et Pernet)

M .. Gustave, âgé de 25 ans, maçon, entre, le 11 avril 1912, à l'hôpital Broussais, salle Lasègue numéro 15, dans le service du Docteur Bergé, pour une pleurésie gauche avec petit épanchement séro-fibrineux.

— Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels intéressants à signaler.

Le malade a une blennorrhagie qui date de un mois, qui a été soignée à Cochin, qui est actuellement en voie de disparition. Il affirme qu'on ne lui a trouvé aucune autre affection génitale en même temps que sa blennorrhagie, et qu'avant celle-ci, il n'a présenté aucune affection vénérienne.

La pleurésie paraît avoir débuté il y a dix jours par un point de côté très vif à gauche. On observe tous les signes d'un épanchement pleural petit; la matité n'atteint pas en arrière la moitié de l'hémithorax gauche.

Une première ponction capillaire pratiquée le 15 avril et une autre le 18 ont ramené un liquide pleural légèrement rosé et un peu trouble.

L'examen des sommets pulmonaires ne décèle aucun signe physique suspect d'auscultation, le malade n'a jamais toussé, n'a jamais eu d'hémoptysie, ni de pleurésie antérieure, ni de rhumatismes. Son état généra est remarquablement bon ; il a très bon appétit.

Sa constitution physique est excellente. C'est un homme bien musclé, d'aspect robuste, dont on peut dire qu'il a véritablement une « carrure athlétique. »

D'autre part, l'examen général du corps nous révèle l'existence d'une syphilis secondaire récente en plein épanouissement ; il existe sur tout le corps, surtout sur le tronc, une roséole tout à fait caractéristique. On trouve une pléiade ganglionnaire dans l'aîne droite ; on sent les ganglions épitrochléens. On découvre un nodule induré, petit, lenticulaire, au niveau du frein de la verge, et qui représente sans doute le chancre en voie de cicatrisation.

Quelques jours plus tard, le 22 avril, on constate des plaques muqueuses sur les amygdales. Le malade a des maux de tête depuis huit jours et se plaint également de bourdonnements d'oreille.

L'examen clinique du malade, avec l'ensemble des symptômes sus-indiqués, vu l'absence de tout état local et général de tuberculose, vu d'autre part la coïncidence exacte de la pleurésie avec l'éruption syphilitique secondaire roséolique, impose le diagnostic de *pleuro-syphilis secondaire*. Car elle est bien conforme

aux cas qui ont été décrits jusqu'ici de cette affection.

Pour confirmer ce diagnostic dans la mesure du possible et l'appuyer sur d'autres éléments que la simple coïncidence clinique, déjà fort impressionnante, des accidents, nous avons pratiqué diverses recherches.

Réaction de Wassermann. — La réaction de Wassermann s'est montrée positive dans le sérum sanguin et avec le liquide pleural.

Inoculation au cobaye. — Trois cobayes injectés avec quelques centimètres cubes de liquide pleural comprenant le culot centrifugation n'ont offert aucune lésion tuberculeuse et sont encore vivants au bout de quatre mois et demi.

Cytologie. — L'examen cytologique du liquide pleural offre une remarquable éosinophilie. Un tiers au moins des éléments est fait d'éosinophiles. L'éosinophilie paraît devenir plus abondante vers la 3e ou 4e ponction.

Le liquide prélevé le 15 avril donne les résultats suivants :

— Assez nombreux globules rouges.

— Quelques cellules endothéliales isolées.

— Presque pas de polynucléaires.

— Quantité très considérable de mononucléaires éosinophiles dont beaucoup ont une tendance à la biloculation du noyau, environ 30 pour 100, 5 à 10 par champ.

Coloration au giemsa, et différenciation à l'alcool acétone, — lymphocytes assez nombreux.

Dans le liquide du 25 avril, on trouve :

— Lymphocytose très nette.

— Quelques polynucléaires.

— Assez nombreux éosinophiles, mais beaucoup moins qu'à la précédente ponction.

Très nombreux globules rouges.

Les jours suivants, deux ponctions successives sont pratiquées : la même formule persiste avec une abondance toujours très notable de mononucléaires éosinophiles.

L'examen du sang n'a pas été fait.

Recherche du bacille de Koch. — Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

L'inoculation au singe n'a pas été faite.

Recherche du tréponème. — La recherche du tréponème dans le culot du liquide pleural par l'ultra-microscope et sur les frottis a été négative.

La cutiréaction avec la tuberculine, effectuée le 25 avril a été douteuse ; elle parut négative d'abord, puis une papule se forma et persista trois ou quatre jours.

Le malade a été traité par le salvarsan.

L'évolution de la maladie a été la suivante : apyrétique pendant les neuf premiers jours, le malade a eu ensuite plusieurs poussées fébriles le soir autour de 39° pendant les dix jours suivants.

On lui a fait le 30 avril une injection intraveineuse de 0 gr. 40 centigr. de salvarsan. Sous son influence, la fièvre est montée le soir à 39°9, puis à partir du lendemain elle est retombée et demeurée entre 37° et 38°. Seconde injection intraveineuse de 0 gr. 40 centigr. de

salvarsan le 9 mai et troisième injection de même dose le 1er juin.

La pleurésie a eu un caractère bénin ; on n'a fait aucune ponction évacuatrice. Le liquide a paru diminuer de quantité progressivement et spontanément. Quinze jours après l'entrée, la respiration s'entendait presque jusqu'à la base du thorax avec quelques frottements pleuraux et il ne persistait plus de matité que sur deux ou trois travers de doigt.

Jusqu'à la fin d'avril, il persistait de la roséole, de petites syphilides papuleuses sur le cou ; on a même noté une légère alopécie.

A partir du 4 mai, après la première injection de salvarsan, la roséole a commencé à s'effacer. Le 15 mai, elle était tout à fait disparue.

Le malade, qui avait eu vers le 2 mai un peu de toux et d'expectoration muqueuse, ne tousse pour ainsi dire plus le 15 mai ; à cette date, la pleurésie peut être considérée comme à peu près guérie ; la respiration s'entend forte jusqu'à la base ; les vibrations sont à peu près normales ; il n'y a plus de matité ; pourtant une ponction capillaire ramène encore quelques gouttes de liquide. Il n'y a toujours rien d'appréciable aux sommets.

L'état général est excellent. Le malade ne tousse plus ; il se lève et se promène. Il quitte l'hôpital le 2 juin en très bon état.

Nous avons revu le malade, le 13 octobre 1912, quatre mois après son départ de l'hôpital. Il nous dit qu'après sa sortie du service, il a toussé et craché beaucoup.

Cette bronchite se serait arrêtée brusquement au bout de quinze jours. Il dit avoir un excellent appétit, meilleur qu'avant d'être malade ; il n'a pas maigri, présente toujours un état général excellent, ne tousse, ni ne crache jamais.

Localement, il ne présente plus aucune trace de sa pleurésie gauche. Plus de matité, pas de diminution du murmure vésiculaire, pas de froissements pleuraux ni de râles ; les deux côtés sont tellement semblables qu'il serait impossible de dire quel est celui qui était malade antérieurement.

L'examen des sommets pulmonaires, en avant et en arrière, ne décèle aucun signe suspect de tuberculose.

Ajoutons que le malade est actuellement porteur d'une syphilide pigmentaire du cou, tout à fait caractéristique.

OBSERVATION II

(Œttinger et Malloizel. Annales des maladies vénériennes 1906)

R..., âgée de 23 ans, domestique, entrée le 17 janvier 1904 à l'hôpital Broussais, n'a aucun antécédent pathologique. Une première grossesse, il y a 4 ans, s'est terminée par l'accouchement à terme d'un enfant bien portant ; une seconde, il y a deux ans, s'est terminée comme la première. Enfin, le 6 décembre 1903, elle met au monde un fœtus mort-né, âgé d'environ 8 mois, mort depuis trois jours. Vers le cinquième mois

de la grossesse, elle a remarqué sur le tronc, le dos et les bras, une éruption qui persiste depuis.

Actuellement elle est pâle, sans appétit, fatiguée. On constate sur le corps des papules en voie de disparition et sur les mains des syphilides palmaires caractéristiques. Il n'y a aucun accident muqueux. On trouve des adénopathies généralisées. La température est légèrement au-dessus de la normale et avoisine 38°, 38°2.

A l'examen du poumon, on constate, du côté droit, à la base, une matité de trois ou quatre travers de doigt. A ce niveau, le murmure vésiculaire est diminué. Il n'y a ni souffle, ni égophonie.

L'auscultation des sommets est normale. La malade est mise au traitement (1 pilule de protoiodure dé 0 gr. 05 par jour).

Les jours suivants, l'état reste stationnaire, la matité pleurale augmente légèrement et on pratique une ponction exploratrice qui donne issue à un liquide transparent, très fortement séro-fibrineux, pâle, un peu opalescent.

Les jours suivants, on constate une matité analogue, mais moins étendue à gauche. Peu à peu, ces signes physiques s'atténuent et finissent par disparaître complètement à la date du 8 février. A cette époque, l'éruption cutanée a complètement disparu, ne laissant que de légères macules. Les syphilides palmaires ont disparu. L'état général est bon et la température normale.

Elle ne souffre, dit-elle, que d'un peu de douleur bilatérale dans les fortes inspirations. Cette double

pleurite a évolué sans signes particuliers, sauf une légère douleur dans le côté droit, qui a pris la malade huit jours avant son entrée à l'hôpital.

L'examen cytologique a montré :

1° au début, une prédominance nette des éléments endothéliaux ou gros mononucléaires isolés, quelques lymphocytes et des polynucléaires exceptionnels.

2° à la fin, la formule suivante :

Eléments du type endothélial.....	83,4 %
Lymphocytes.....	12,6 %
Eosinophiles	4 %
Polynucléaires.....	0 %

OBSERVATION III

(Œttinger et Malloizel. Annales des maladies vénériennes 1906)

L... Michel, 25 ans, maçon, entre le 22 novembre 1905, salle Delpech. Il est malade depuis deux mois, sans avoir eu aucune affection antérieure. A ce moment, chancre du prépuce. Quelque temps après, éruption de syphilides papuleuses à gros éléments.

Actuellement : cicatrices de l'éruption cutanée. Syphilides papuleuses hypertrophiques, érosives, du scrotum et du fourreau de la verge. Collier de Vénus très marqué. Adénopathies généralisées. Alopécie des cheveux et des sourcils. Une plaque muqueuse amygdalienne. Pas de température.

Appareil pulmonaire : on découvre par hasard une

submatité aux deux bases remontant à la huitième apophyse épineuse dorsale droite, et à la neuvième à gauche, avec de la diminution des vibrations et du murmure vésiculaire, sans autre signe. Cette submatité augmente le 25 novembre, devient plus importante à gauche qu'à droite à partir du 27.

La ponction exploratrice montre du liquide des deux côtés jusqu'au 5 décembre. Le 10, le malade sort, ne conservant qu'une légère submatité à la base gauche, sans liquide ni adhérences.

Divers examens de laboratoire ont été faits avec ce liquide.

Tout d'abord son aspect est assez spécial. Jaune pâle, épais, opalescent, il laisse un culot épais et visqueux.

Les examens cystologiques pratiqués avec les méthodes de coloration : hématéine — éosine orange, fixation et coloration de Dominici, éocyanine méthylique, ont donné les résultats suivants :

A. — *Epanchement gauche.* — Le 23 novembre 1905. — Prédominance des mononucléaires moyens avec quelques inclusions, beaucoup de sang, rares lymphocytes, polynucléaires encore plus rares, quelques éosinophiles.

1er décembre 1905. — Toujours prédominance des mononucléaires moyens, quelques lymphocytes et très rares polynucléaires, moins de sang, peu d'éosinophiles, quelques mononucléaires moyens à petits grains cyanophiles et gros monucléaires à gros grains cyanophiles.

6 décembre 1905. — On voit encore de nombreux mononucléaires moyens, la plupart avec noyau excen-

trique et grosses vacuoles, d'autres plus petits sains, quelques figures de macrophagie et un nombre extrêmement grand de polynucléaires éosinophiles vrais, quelquefois englobés par les mononucléaires. Mononucléaires à noyau incurvé cyanophiles à gros grains (futurs éosinophiles), quelques petits mononucléaires cyanophiles.

16 décembre 1905. — Pas de liquide, mais les deux plèvres ne sont pas accolées, car on ramène quelques cellules endothéliales. Le sang contenait, le 6 décembre 3,5 pour 100 d'éosinophiles.

Cultures du liquide pleural stériles.

Inoculation par scarification au sourcil du singe macaque restée négative. Réinoculation positive chez le même singe de produits spécifiques trois mois après.

B. — *Epanchement droit.* — 23 novembre 1905. — Quelques placards, très nombreux mononucléaires moyens isolés, assez nombreux lymphocytes, pas de polynucléaires, quelques éosinophiles, assez nombreux mononucléaires moyens à petits grains cyanophiles.

1er décembre 1905. — Même formule qu'à gauche, pas de polynucléaires, quelques mononucléaires à petits grains cyanophiles.

6 décembre 1905. — Nombreux globules rouges; mononucléaires moyens toujours prédominants, lymphocytes un peu plus nombreux, très rares polynucléaires et éosinophiles, quelques petits mononucléaires cyanophiles.

OBSERVATION IV

(Œttinger et Malloizel, Annales des maladies vénériennes 1906)

G... S..., 23 ans, peintre en bâtiments, entre le 7 mars 1906, salle Delpech. Pas d'antécédents morbides, sauf deux crises de colique de plomb, angine, il y a 1 mois 1/2. Depuis cette époque, céphalée nocturne et alopécie. Douleur abdominale très vive depuis quatre jours, et depuis lors ictère qui augmente progressivement. Plaques muqueuses des piliers. Eruption très développée papulo-squameuse, sur tout le corps. Adénopathies généralisées. Albuminurie. Exagération des réflexes rotuliens. Température entre 37 et 38.

On trouve aux deux bases une légère submatité de trois doigts et une ponction permet de ramener 1/2 cc. de liquide citrin à gauche.

Le malade est traité par les piqûres d'énésol. Dès le 25 mars, on ne trouve plus de submatité, et les accidents cutanéo-muqueux rétrocédent.

Le liquide examiné contenait seulement de très nombreux mononucléaires moyens isolés.

OBSERVATION V

(Œttinger et Malloizel, Annales des maladies vénériennes, 1906)

M... P..., 28 ans. journalière, entre le 7 mars 1906, salle Axenfeld. Accident initial inconnu. Plaques muqueuses hypertrophiques confluentes de la vulve

depuis deux mois. Collier pigmentaire très marqué. Plaque muqueuse du pilier postérieur droit.

Les deux côtés, légère submatité aux bases pulmonaires sans autre signe, On ramène à droite et à gauche quelques gouttes de liquide citrin.

La malade est mise aux piqûres d'énésol : 0 gr. 03 par jour.

Dès le 17 mars 1906, il n'y a plus rien aux bases ; les plaques disparaissent. Le liquide contenait de nombreux mononucléaires moyens isolés.

OBSERVATIONS DUES A ŒTTINGER ET MALLOIZEL

(Annales des maladies vénériennes, 1906)

OBSERVATION VI

Début des accidents secondaires secondaires il y a un mois et demi ; chancre inconnu : syphilides papulo-croûteuses disséminées, syphilides palmaires, plaques muqueuses périanales et amygdaliennes. Arthropathies des deux poignets. Submatité sur la largeur d'une main à la base droite. Durée de la submatité dix jours ; un mois après, roséole de retour.

OBSERVATION VII

Syphilis datant de quatre mois, grossesse de sept mois. Chancre de la grande lèvre gauche, céphalée, plaques muqueuses linguales et amygdaliennes. Double manifestation pleurale. Durée quinze jours.

OBSERVATION VIII

Plaques muqueuses vulvaires et gutturales depuis quinze jours. Roséole depuis quelques jours. Quelques papules disséminées. Submatité légère aux bases.

OBSERVATION IX

Roséole, il y a deux mois ; plaques muqueuses vulvaires. Ictère très prononcé. Submatité de la base gauche. Sort au bout de trois semaines : la submatité a disparu.

OBSERVATION X

Accident primitif inconnu. Syphilides papulo-granuleuses généralisées depuis un mois et demi. Double pleurésie qui semble abondante. Sortie le lendemain.

OBSERVATION XI

Plaques muqueuses hypertrophiques de la vulve, depuis un mois ; plaques gutturales, roséole sur son déclin. Légère submatité aux deux bases. Sortie deux jours après.

OBSERVATION XII

Semble avoir des accidents depuis cinq mois. Grossesse de six mois. Cicatrices de syphilides. Grosses syphilides papulo-squameuses sur le dos et disséminées. Lésions pigmentaires du cou post-papuleuses. Papules érosives des lèvres, plaques muqueuses confluentes des amygdales. Double pleurésie semblant abondante, dont les signes ont persisté trois semaines.

OBSERVATION XIII

Syphilis reconnue depuis quatre mois et demi. Chancre inconnu, pas d'accidents muqueux. Eruption

symétrique presque confluente par places, de syphilides granuleuses groupées. Submatité notable aux deux bases ; durée des signes : douze jours.

OBSERVATION XIV

Eosinophilie pleurésale (Th. Ravaut 1901)

Ravaut, dans sa thèse, rapporte quatre cas d'éosinophilie pléurale, dont une a trait à un malade atteint de syphilis secondaire. Voici comment s'exprime l'auteur :

Le seul cas que nous ayons pu étudier au point de vue cytologique avec M. Widal s'est montré chez un malade qui venait de terminer sa roséole ; cet épanchement n'a donné lieu à ancun symptôme, il était peu abondant et disparut très vite ; nous n'avons pas pu recueillir assez de liquide pour l'inoculer. Les cultures sont restées stériles. Un premier examen montra dans l'épanchement la présence de grandes cellules endothéliales soudées et isolées, quelques polynucléaires et de grands mononucléaires éosinophiles.

Un deuxième examen pratiqué deux jours après donnait la numération suivante :

Cellules endothéliales.....	35
Lymphocytes.....	22
Grands mononucléaires éosinophiles.....	37
— neutrophiles.....	6

L'examen du sang donnait les résultats suivants :

Globules rouges	3.900.000
— blancs	5.500
Polynucléaires neutrophiles	62
— éosinophiles	5.6
Mononucléaires	25
Lymphocytes	7.4

La présence de ces grands mononuclèaires neutrophiles et éosinophiles ou myclocytes est tout à fait remarquable, car c'est le seul épanchement dans lequel nous les ayons constatés. Cette formule, complètement différente de celle des pleurésies tuberculeuses est un nouvel argument en faveur de l'origine spécifique de ces pleurésies syphilitiques.

OBSERVATION XV

(Thèse de Nassibian, Paris 1912)

Une jeune femme de vingt-et-un ans, domestique entre à la Charité dans le service de M. Bezançon, le 7 novembre 1911, pour un violent point de côté siégeant à gauche.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort tuberculeux. Sa mère est bien portante. Ses frères et sœurs sont bien portants.

Antécédents personnels. — La malade qui habita la Bretagne jusqu'en juin 1911, fut toujours en parfaite santé. Elle vient à cette époque à Paris. On ne peut trouver dans son passé aucune affection antérieure ni

aucun symptôme pouvant relever d'une imprégnation tuberculeuse.

Il y a huit mois environ, la malade a eu un chancre à la vulve avec pléiade ganglionnaire caractéristique ; le chancre a mis quinze jours environ pour disparaître. Au bout d'un mois après l'apparition du chancre, la malade a eu une roséole syphilitique généralisée ; elle entre à la Charité dans le service de M. Legry où elle reste trois mois. A l'hôpital, on lui a fait trente-six piqures de protoiodure. La roséole syphilitique disparaît sous l'influence du traitement spécifique.

Il y a deux mois apparaît une nouvelle poussée éruptive persistant encore au mois de novembre 1911. Quinze jours avant son entrée, la malade a ressenti dans le côté gauche de la poitrine une vive douleur qui l'empêchait de respirer. La malade avait en même temps un peu de fièvre, ne toussait et n'expectorait point.

Etat actuel. — A l'examen du thorax, on constate les signes très nets d'un épanchement siégeant à gauche. La matité absolue monte jusqu'à la pointe de l'omoplate. A l'auscultation du poumon gauche on constate un souffle pleurétique et au niveau du hile une expiration soufflante. Au sommet gauche, le murmure vésiculaire est très affaibli, l'expiration est prolongée et soufflante, l'inspiration est rude et élevée ; il n'y a aucun râle surajouté ; on trouve une très légère submatité à la percussion, mais pas de modification à la palpation.

Au niveau de l'épanchement il y a de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

Du côté opposé, on ne note qu'un léger prolongement

de l'expiration au sommet et à la base une légère diminution du murmure vésiculaire.

Le cœur n'est pas déplacé ; l'espace de Traube est mat. Sur tout le corps de la malade, on constate une éruption psoriasiforme généralisée, mais surtout nette au niveau des grandes articulations. On constate, en outre, une double adénite inguinalé surtout à gauche, mais peu considérable.

Le foie déborde à la percussion ; il n'est pas douloureux. L'examen de la gorge a montré l'absence de plaques muqueuses, mais une pharyngite assez marquée. Troubles digestifs peu marqués : Un peu d'anorexie. Urines peu abondantes, ne contenant ni sucre, ni albumine. Quelques jours après son entrée, la malade commence à tousser légèrement et a des crachats fort peu abondants.

14 novembre. — On est obligé de faire une petite évacuation à cause de la dyspnée et on retire un liquide citrin. La malade continue à présenter une légère réaction thermique qui bientôt s'atténue pour osciller aux environs de 37°.

L'état général de M... demeure très bon pendant toute son affection ; elle n'a accusé qu'un peu d'anorexie et de fréquentes céphalées.

A partir du mois de décembre, elle commence à augmenter de poids gagnant sept kilos en trois mois.

Au point de vue stéthoscopique, M... fit une résorption de son liquide pleural, et à partir du mois de janvier 1912, on entendit des frottements dans la région de la base gauche, en même temps que s'accusait un

amaigrissement de l'hémithorax de ce côté avec diminution de l'expansion thoracique. Au sommet, on ne notait toujours que les très minimes modifications du murmure vesiculaire signalées plus haut.

La malade quitta l'hôpital le 9 mars 1912 conservant des silences respiratoires à la base gauche.

Au point de vue thérapeutique, la malade syphilitique a reçu dans le courant du mois de décembre, et janvier un traitement mercuriel.

Examen des crachats. — A l'examen direct du crachat, on ne trouve pas le bacille de Koch.

Afin d'obtenir une quantité de crachats suffisante pour faire l'homogénéisation, on administre à la malade une potion de kermès, et en vingt-quatre heures on recueille quelques centimètres cubes d'expectoration nécessaire. On constate alors la présence de quelques bacilles de Koch non douteux mais en petit nombre.

L'expectoration de la malade est inoculée au cobaye par introduction sous la peau ; l'animal devient tuberculeux un mois et demi après.

Examen du liquide pleural. — 1° *Etude cytologique :* le liquide présente une lymphocytose pure.

2° *La réaction de Wassermann* avec ce liquide est positive ainsi qu'avec le sérum de la malade.

Inoculation. — Le liquide pleural (10 cc) est inoculé à n cobaye dans le péritoine ; l'animal dévient tuberculeux au bout d'un mois et demi.

OBSERVATION XVI

(Thèse de Lèpine, Paris 1906-07)

Mlle Marguerite P..., entre dans le service pour des syphilides papuleuses généralisées, groupées, existant depuis qnatre mois. L'éruption est symétrique presque confluente par places. Il n'y a aucun accident muqueux. On constate dés l'entrée une double submatité des bases avec diminution du murmure vésiculaire. Aucun signe fonctionnel. Température oscillant entre 37° et 37°8. Ponction exploratrice positive : un centilitre de liquide jaune clair : Macrophages isolés très nombreux et à l'état de pureté.

Au bout de dix jours les signes physiques s'atténuent, mais la malade se plaint alors d'une douleur assez vive dans le côté gauche, exagèrée par la respiration. Cette douleur localisée aux dernières fausses côtes ne dépend d'aucune lésion nouvelle, elle cède d'ailleurs rapidement et la malade guérit de sa pleurésie avant la disparition de ses syphilides.

Revue dans la suite, huit mois plus tard ; aucun signe physique ni fonctionnel n'est appréciable.

Cette pleurésie, ajoute l'auteur, nous paraît être le type de celles qui doivent, jusqu'à plus ample informé, être attribuées à la syphilis.

OBSERVATION XVII

(Thèse de Lèpine, 1906-07)

Syphilis secondaire : Plaques muqueuses. — Guérison des accidents. — Poussée pleurale tuberculeuse à évolution rapide survenant quelques mois après, sans autre manifestation de la syphilis.

M^lle Anna B... 19 ans, couturière, entre le 5 novembre 1905 dans le service du professeur Gaucher, pour des accidents syphilitiques.

La contagion date de deux mois. Le chancre aurait débuté il y a trois semaines sur la grande lèvre droite.

Actuellement il est entouré de nombreuses plaques muqueuses érosives.

Le 16 Janvier 1906, la malade qui est sortie guérie le 17 décembre 1905, vient consulter à la polyclinique pour des plaques muqueuses des amydales. On constate de plus un collier devenu très marqué.

Ces manifestations guérissent par le traitement.

Le 7 septembre' elle revient à la consultation. Depuis cinq jours elle se plaint d'avoir de la fièvre et un point de côté à droite. Elle entre dans le service.

Actuellement pas d'accidents syphilitiques apparents. Percussion et auscultation. La base droite est mate et on n'y entend pas le murmure vésiculaire ; on trouve de plus un peu de résistance au doigt et quelques râles sous la clavicule droite. Rien a gauche. Pas de souffle, mais l'égophonie se perçoit le long de la scissure droite, avec quelques crépitations.

9 septembre. — La douleur a diminué ; on entend

dans les deux tiers inférieurs de gros frottements « en cuir neuf. » La malade est soumise au traitement mercuriel.

Sortie le 21 septembre : Son état général est bon ; au poumon un peu de submatité et quelques frottements à la base droite, respiration diminuée au sommet et en avant.

OBSERVATION XVIII

Le Damany gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie (27 Avril 1895)

C. Laure, âgée de 34 ans, blanchisseuse, entre le 8 octobre 1894 à l'hôpital St Louis, salle Lugol n° 22. Avant le début de l'affection actuelle, elle n'avait jamais, dit elle, été malade. Elle a eu quatre enfants qui sont tous morts soit à leur naissance soit après quelques jours ; son dernier accouchement a eu lieu en 1884.

Il y a 4 mois environ est apparu à la vulve un premier bouton, qui fut probablement l'accident initial de sa syphilis. Quelques temps aprés, d'autres lésions trés nombreuses se sont montrées sur les grandes et les petites lèvres. Depuis un mois elle a, surtout le soir, des démangeaisons vive qui la forcent à se gratter.

Lors de son entrée, elle présente : de nombreuses syphilides papulo-érosives sur les grandes et les petites lèvres et dans les régions voisines ; de la phtiriase du cuir chevelu et une gale compliquée de lésions d'ecthyma. Il est difficile de dire s'il y a ou non sur la peau

une éruption qu'on puisse rattacher à la syphilis. Les sillons des acares ; les lésions de grattages ét les suppurations cutanées recouvrent une grande partie de la surface du corps.

Sous l'influence de pansements humides avec des compresses imbibées de liqueur de van Swieten, ces éruptions s'atténuent considérablement en quelques jours ; le 16 octobre elle est soumise au traitement de la gale usité à l'hôpital St Louis.

Depuis le jour de son entrée, elle prend en outre chaque matin une cuillérée à bouche de sirop de Gibert.

Le 24 octobre. — La malade se plaint de tousser et de souffrir violemment du côté droit. Ce point de côté est apparu brusquement dans la journée ; il siège au dessous du sein droit et gêne considérablement la respiration. La toux est peu fréquente séche et brève. L'examen du thorax dénote dans la partie inférieure et droite en arrière, de la submatité, des frottements humides qui n'augmentent pas sous l'influence de la toux. Les vibrations thoraciques sont conservées. La respiration est frèquente (30 par minute). L'anorexie est complète.

Le 29. — Les mêmes symptômes fonctionnels et généraux persistent sans aucune atténuation : le point de côté est très pénible, la respiration est fréquente. La tempépature du matin est de 38°, celle du soir de 39°6. Pouls : 104 p. par minute. Depuis trois jours la malade a une diarrhée assez forte : 4 à 8 selles par 24 heures. La langue est saburrale. La matité a augmenté ; absolument complète à la base du poumon droit, elle

remonte en s'attenuant un peu, jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. Dans cette zone mate, les vibrations thoraciques sont abolies. Par l'auscultation, on constate : à la base un silence absolu ; à quelques travers de doigt plus haut un bruit de souffle voilé à l'expiration plus haut encore un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate un souffle aigre à l'inspiration et à l'expiration. L'égophonie et la pectoriloquie aphone sont des 'plus nettes au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Dans le reste de l'étendue du thorax, nous ne trouvons aucune modification de l'état normal, sauf une légère élévation de la tonalité dans la région sous-calviculaire droite. Traitement : un verre d'eau de sedlitz le matin ; badigeonnage iodé sur la moitié droite du thorax. Une cuillerée à bouche de sirop de gibert et deux grammes d'iodure de potassium par 24 heures.

Le 31. — Hier, dans la journée, la malade a expectoré deux crachats sanguinolents, noirâtres, qui paraissent provenir des petites bronches. La dyspnée persiste ainsi que le point de côté qui s'est pourtant un peu atténué. La matité s'étend jusque dans la fosse sus-épineuse droite ; dans la région axillaire elle est absolue, sauf dans la partie tout à fait supérieure. Au dessous de la clavicule, de même côté, le skodisme est très net. Température : M. 37d2 ; S. 38o4.

Le 3 novembre. — Dans toute l'étendue de la moitié droite du thorax ; en arrière, dans l'aisselle et au-dessous de clavicule, la matité est complète. Le foie très abaissé déborde les fausses côtes de deux travers de doigt sur la ligne mamelonnaire, de trois sur la ligne axillaire

antérieure. L'auscultation montre en arrière l'absence de tout bruit normal et anormal, sauf au niveau de la fosse sus-épineuse où on entend un souffle lointain pendant l'expiration. Dans l'aisselle : bruit de souffle pleurétique pendant les deux temps de la respiration. En avant, affaiblissement considérable du murmure vésiculaire. La dyspnée n'a pas augmenté ; pourtant, étant donné le volume considérable de l'épanchement, Mr Hallopeau commande de préparer pour le lendemain tout ce qui est nécessaire pour une ponction aspiratrice. Les symptômes généraux se sont peu modifiés ; il persiste un peu d'état saburral des premières voies, et une légère diarrhée. La température est de 37°5 le matin, 38°8 le soir.

Le 5, la ponction aspiratrice n'a pas été pratiquée, car le liquide semblait avoir trés légérement diminué. En percutant avec une certaine force immédiatement au-dessous de la clavicule, on a constaté que la matité n'était pas absolue en ce point. La toux qui avait diminué ces jours derniers a repris hier avec plus d'intensité, mais ses caractères se sont modifiés : au lieu d'être brêve et sèche elle est devenue quinteuse, suivie d'expectoration muqueuse. L'auscultation du poumon gauche dénote l'existence de râles ronflants et sibilants disséminés. La sonorité est normale. La malade a vomi hier et aujourd'hui le sirop de Gibert. Il est remplacé par la liqueure van swieten (une cuillerée à bouche). Temperature : M. 37°8, S. 39°2.

Le 7. — La liqueur de van swieten n'est pas mieux supportée que le sirop de Gibert. L'état de la peau, bien

que considérablement amélioré, ne permettant pas de faire des frictions à l'onguent napolitain, les préparations mercurielles sont supprimées. L'iodure de potassium est toujours administré à la dose de deux grammes par 24 heures. Une ponction exploratrice aseptique, avec une seringue de Straus, permet de retirer deux centim. cubes de liquide sero-fibrineux, citrin. Ce liquide est en totalité injecté dans le péritoine d'un cobaye. La diminution du volume de l'épanchement paraît plus nette aujourd'hui. Au niveau du poumon gauche, quelques râles muqueux s'ajoutent aux râles ronflants et sibilants. Les crachats tendent à devenir purulents et prennent une teinte verte toute spéciale. T. M. 37°2, S. 38°2.

Le 12. — A droite l'amélioration continue. La fosse sous-épineuse redevient sonore ; dans la région sous-claviculaire, le skodisme reparaît. En arrière, vers la partie moyenne, on entend de nouveau le souffle pleurétique. Le point de côté a complètement disparu depuis quelques jours.

A gauche : râles muqueux nombreux. Les crachats sont franchement purulents et d'une belle teinte verte. Température : M. 37°2, S. 38°6.

Une dose assez forte de ces crachats (1/2 cm. c. délayé dans un cm. c. d'eau stérilisée) est injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané du cobaye auquel nous avons fait la précédente injection.

Le 19. — En arrière, dans le tiers supérieur du thorax, la sonorité est complète, et le murmure vésiculaire

s'entend, quoique affaibli. Dans la région sous-claviculaire, le skodisme est moins net.

A gauche, il y a encore des râles muqueux ; mais leur abondance est moindre. L'expectoration diminue également. Les lésions cutanées sont à peu près guéries ; il reste seulement quelques croûtes disséminées, au-dessous desquelles la cicatrisation est complète. La température après une série de grandes oscillations, s'abaisse peu à peu. Aujourd'hui elle est de : M. 36°2. S. 37°8.

Le 26. — La matité ne remonte guère au-dessus de la partie moyenne du thorax ; au sommet droit, la respiration est à peu près normale en avant et en arrière. En avant et dans l'aisselle, à droite, on entend quelques râles muqueux, principalement en faisant tousser la malade. Ces mêmes râles se retrouvent du côté gauche. La toux et l'expectoration diminuent de plus en plus ; celle-ci tend à perdre sa coloration verte L'état général s'est considérablement amélioré, l'appétit renaît, la température est à peu près normale.

Le 27. — L'apparition d'une éruption de pemphigus tubéreux iodique oblige à supprimer l'iodure de potassium qui est remplacé par deux pilules de protoiodure de mercure de cinq centigr. T. M. 36°6. S. S. 38°2.

Le 7 décembre. — La matité n'est absolue que dans la moitié inférieure de la plèvre droite. Le murmure vésiculaire s'entend dans la moitié supérieure. A la partie moyenne il est masqué par des bruits de frottements pleuraux. La tempérale est normale : M. 36°2. S. 36°8.

Le 17. — L'éruption iodique s'atténue ; des autres lésions cutanées il ne reste que quelques macules

brunâtres ; il y a pourtant encore quelques syphilides vulvaires. La matité n'occupe plus qu'une hauteur de cinq travers de doigt ; plus haut la sonorité est normale. Les vibrations thoraciques sont perçues, mais affaiblies jusqu'à la partie inférieure du thorax. Les frottements pleuraux sont plus nombreux et plus rudes. Le retentissement de la voix est à peu près normal. Les râles de bronchite ont disparu. Un examen attentif des sommets n'y révèle rien de suspect.

Le 28. — La malade commence à se lever. Les plaques muqueuses ont complètement disparu. De la submatité à la base droite et quelques frottements râpeux indiquent que la plèvre n'est pas encore revenue à son état normal.

Le 8 janvier. — Le point de côté reparaît au-dessous du sein droit ; les frottements sont plus nombreux et plus étendus, en même temps survient un peu de fièvre. T. : M. 36°8. S. 38°4.

Le 9. — T. : M. 37°2. S. 37°9.

Le 10. — Nouvelle amélioration ; la malade est actuellement dans le même état qu'il y a huit jours. Il y a encore quelques frottements pleuraux, et à la base un peu de submatité. L'état général est bon ; la température est revenue au voisinage de 37° le matin et le soir. Un nouvel examen des sommets n'y révèle rien d'anormal.

Elle sort le 14 janvier en conservant ces mêmes signes stéthoscopiques à la partie inférieure et postérieure de la plèvre droite. Le début de sa pleurésie remonte à 80 jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — *1° Inoculations.* — Le cobaye auquel nous avons injecté du liquide

pleurétique dans le péritoine et quelques jours après des crachats dans le tissu cellulaire sous-cutané est aujourd'hui, deux mois après la dernière injection, *en parfait état* et n'a nullement maigri.

L'injection intrapéritonéale n'a déterminé aucune réaction ; l'injection sous-cutanée a été suivie rapidement de la formation d'un volumineux abcès avec gangrène de la peau. Ces lésions se sont rapidement amendées ; actuellement la guérison est complète.

EXAMENS DES CRACHATS. — Pratiqués à trois reprises différentes, ils n'ont en aucun cas révélé l'existence du bacille de Koch.

CULTURES. — Elles ont fourni des colonies presque pures d'un bacille décoloré par la méthode de Gram et ne liquéfiant pas la gélatine. Les milieux dans lesquels il est ensemencé prennent rapidement une coloration verte. Les colonies sont donc formées de bactériums coli pigmentaires. D'autres cultures faites ultérieurement (quelques jours avant le départ de la malade) ont donné des colonies de ce même bacille, mais dépourvue de sa faculté chromogène.

OBSERVATION XIX

(Richard d'Aulnay, 1896)

M. H..., jeune danois, âgé de 25 ans, employé dans une banque de Paris, sans antécédents autre qu'une uréthrite gonococcique datant de cinq ans et persistant encore à l'état d'uréthrorrhée matinale, entre en relation

le 11 octobre 1893 avec une habituée d'un établissement chorégraphique renommé.

Le 7 novembre suivant, H... voit apparaître au niveau et sur le côté droit de la racine de la verge un petit bouton de la grosseur d'une lentille qui s'ulcère et qui s'agrandit chaque jour. A peu près en même temps, se dessine dans l'aine droite une pléiade indolore de ganglions lymphatiques.

Le 12, ennuyé de cet accroissement continu et effrayé par les hypothèses pessimistes d'un ami, H... vint nous trouver pour que nous l'examinions et aussi un peu pour que nous le rassurions.

H... est de petite taille et frêle de corps, individu à peau blanche, à transparence veineuse, à cheveux blonds cendrés, constitution peu robuste, tempérament nerveux et irascible, complexion légèrement hémophilique dans le jeune âge, pas de tuberculose.

A l'examen, la nature du bouton est des plus nettes, c'est un chancre de la racine de la verge, siégeant à droite, de la largeur d'une pièce de 20 centimes, à rebords épais, à teinte jambonnée et à induration marquée avec ganglions inguinaux supérieurs gris et fort volumineux. Diagnostic flagrant, syphilis. Traitement antisyphilitique local

Le 23, la sclérose ulcérée se répare et diminue.

Le 20, la disparition de la sclérose est presque totale.

Le 3 décembre, on ne constate plus ni induration ni rougeur ; au lieu et place du chancre la peau présente une cicatrice pigmentée. Jusqu'à présent état de santé excellent, bon appétit, sommeil réparateur, travail facile.

Le 6, douleurs de tête croissantes, violentes durant 8 jours, exacerbations nocturnes. Tous les antinévralgiques de H... et de son pharmacien y passent.

Le 25, le lendemain d'un souper copieux, apparition au moment du tub d'une roséole légère au niveau des hypochondres et des flancs ; roséole qu'il attribue aux huîtres et au homard qu'il a mangés au souper.

Le 27, la roséole s'accroît, envahit les membres et devient des plus confluentes. Sur la figure, tâches rosées à la racine des cheveux et au-dessus du nez. Sur le cou, de grands placards érythémateux. Quatre jours après, douleur dans le côté gauche au niveau de la septième côte, gêne de la respiration, anhélation rapide à la marche, pas de fièvre, pas de frisson, bon sommeil. Croyant à une névralgie, H... prend trois paquets de 1 gr. d'antipyrine.

Le 2 janvier 1894, à l'inspection, la roséole a redoublé d'intensité sur le corps ; à la percussion, matité dans la moitié inférieure du poumon gauche, skodisme, à l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire, égophonie, pectoriloquie, aphone, pleurésie, augmentation des pulsations cardiaques. Ponction de Pravaz. Liquide clair, limpide, de teinte jaune rosé donnant fibrine au repos.

Le 7, devant la gêne respiratoire et l'excitation nerveuse de H... ponction de 600 grammes environ de liquide. Recherche négative du bacille de Koch. D'ailleurs on ne trouve rien de particulier aux sommets des poumons, ni à l'auscultation ni à la percussion. Dans l'intervalle du 7 au 11, H... remarque que ses urines

sont plus rouges, que ses yeux sont légèrement jaunâtres et que son corps a pris une teinte olive, selles régulières.

Le 11, ictère prononcé sur le tronc, urine foncée, sclérotique d'un beau jaune, la roséole persiste. Dégoût des aliments, bouche amère. Etat nauséeux. Aucune douleur à la pression au niveau de la vésicule biliaire. Le foie ne paraît pas gros, la rate seule est hypertrophiée.

Le 15, plaques muqueuses de la lèvre inférieure malgré le traitement mercuriel.

Le 20, l'ictère est en voie de disparition, et la pleurésie sèche sans douleur et sans gêne. H... se plaint de sa jambe gauche surtout au niveau du creux poplité. Jambe quelque peu enflée.

Le 23, jambe et pied très enflés et très douloureux. Exaspération de la douleur dans le creux poplité surtout à la pression et à la flexion. On sent de l'empâtement général, sans pouvoir distinguer des nodosités. Phlébite. Repos au lit et enveloppement ouaté compressif.

Le 29 et le 30, disparition de la douleur, diminution de l'œdème.

Le 4 février, après 14 jours, la phlébite est complètement terminée. L'auscultation ne permet plus de constater la pleurésie sèche. Le traitement mercuriel est continué.

La série des complications n'est pas terminée.

13 mars, douleurs articulaires généralisées au moindre mouvement, sans fièvre, douleurs empêchant le malade de dormir, et amènent une céphalgie intense. Les médi-

caments antirhumatismaux et hypnotiques n'ont aucune action, seul le traitement mercuriel et l'iodure de sodium ont raison de ces douleurs au bout d'une huitaine de jours.

Durant cette période, H... est pris de démangeaisons, se gratte continuellement et voit apparaître, en relief sur la peau, au niveau où le grattage porte, des traînées blanchâtres d'urticaire. Il n'y a pas d'iodisme.

Le 27, nous constatons qu'il existe des phénomènes fort saillants de dermoneuropathie des plus visibles surtout sur les flancs et le dos au moindre attouchement du doigt ou d'un corps quelconque. Le 2 avril, après un traitement au valerianate de zinc, au mercure et après suppression de l'iodure de potassium, ces phénomènes s'étant graduellement atténués, disparaissent les jours suivants. Quelques syphilides locales existent.

Le traitement hydrargyrique est repris ponctuellement et dès lors sera suivi durant les vingt premiers jours de chaque mois.

En juin, plus de syphilides, anémie avec dépression neurasthénique, énervement continu qu'exagère la chaleur. Bains froids et douches froides en jet. En octobre, syphilides génitales et buccales. Traitement hydrargyrique repris.

20 mars 1895. — Syphilides buccales, reprise du traitement abandonné en novembre.

30 septembre. — Bon état. H... promet de continuer le traitement hydrargyrique, un mois par trimestre durant les trois premières années et de venir se montrer ou d'écrire en janvier et juillet de chaque année. Malgré

ses promesses H... a totalement oublié de se présenter à nous en janvier 1896 ou de nous donner de ses nouvelles.

OBSERVATION XX

(Spillmann et Etienne. Revue médicale de l'Est, 1896)

Le nommé A. Cl., apprenti monteur en chaussures âgé de 13 ans, entre à la Clinique le 4 décembre 1895.

Antécédents héréditaires. — Le père, âgé de 55 ans, est emphysémateux depuis 32 ans. La mère est très bien portante.

Trois sœurs, mariées, qui n'ont jamais été malades ; tous leurs enfants sont bien portants, sauf deux qui sont morts, l'un accidentellement, l'autre à l'âge de 2 ans, en 3 jours, au cours d'une maladie épidémique. On ne trouve dans la famille trace d'aucun cas d'affection tuberculeuse.

Antécédents personnels. — L'enfant a eu la coqueluche à 4 ans ; en 1894, luxation traumatique de l'épaule droite. Il n'a jamais fait d'autre maladie.

Au commencement du mois d'août 1895, l'enfant a couché pendant deux nuits dans le même lit qu'une bonne sans place logée par ses parents. Cinq semaines plus tard apparaissait un chancre du prépuce qui fut traité avec de l'eau blanche et s'accompagna de douleurs dans les aines. La roséole se montrait a son tour environ trois mois après le chancre.

Quinze jours plus tard, le malade entrait à la clinique

de la Maison de secours, et y recevait 12 frictions (environ en 6 semaines).

Débuts de la maladie. — Le 23 novembre, au matin, sans aucune cause appréciable, il éprouva des vertiges et des douleurs très violentes du côté droit, accompagnées de quintes de toux et de vomissements. On applique un vésicatoire sur le côté gauche du thorax et le 4 décembre, on évacue le malade à l'hôpital civil.

Etat actuel, 5 décembre. — Enfant primitivement bien constitué, mais actuellement très pâle, anémié, dans un véritable état d'asthénie syphilitique. Sur la partie supérieure du prépuce est une échancrure profonde résultant de la cicatrisation du syphilome primitif ; induration très manifeste, empêchant de découvrir le gland. Dans les deux aines pléiade ganglionnaire caractéristique, et, en outre, adénopathies généralisées secondaires très facilement constatables dans les régions cervicales, sous-maxillaires, axillaires, dans le triangle de Scarpa, etc...

Traces très nettes de roséole persistant encore sur le thorax et l'abdomen, éphélides syphilitiques cervicales très caracterisées. — Syphilide papulo-érosive en feuillet de livre sur la commissure labiale gauche.

Appareil pulmonaire. — *Côté droit.* — En arrière, diminution de la sonorité à partir de l'épine de l'omoplate ; matité plus compacte, depuis l'angle inférieur et diminution du frémitus, qui est complètement aboli à deux travers de doigts plus bas. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est diminué à partir de l'épine, mais il reste cependant perceptible dans

toute la hauteur du thorax ; quelques petits frottements aux bases, des deux côtés de la colonne vertébrale. — Léger souffle aigre. La voix est très nettement jetonnée à partir de deux travers de doigts au dessous de l'épine droite et très légèrement jetonnée vers la base gauche.

En avant, inspiration et expiration normales de deux côtés ; légère augmentation de la sonorité au sommet droit.

Côté gauche. — Les vibrations sont bien perçues dans toute l'étendue du thorax ; l'inspiration aux sommets est un peu plus accentuée que normalement, mais reste parfaitement mœlleuse (suppléance). Une ponction exploratrice a permis de retirer 10 centimètres cubes de liquide citrin, immédiatement injecté dans le péritoine d'un cobaye.

La rate est notablement hypertrophiée. A part une céphalée matinale assez marquée, quelques douleurs musculaires dans les triceps cruraux, rien à signaler dans les autres appareils.

Les urines des 24 heures (qnt : 1400 ce , D = 1013) renferment d'après l'analyse :

Urée	21
Acice urique	0,235
Chlore	3 192
Acide phosphorique total	1,84
» combiné aux alcalis	1,512
Chaux combinée	0,087

Ni albumine, ni sucre.

Pendant les jours suivants, les phénomènes se sont

agrandis d'une façon très continue ; la fièvre a oscillé entre 37° et 38°, puis a définitivement cédé le 12 décembre.

16 décembre. — Les signes d'épanchement ont totalement disparu ; une ponction exploratrice reste négative ; il n'y a plus égophonie ; on entend bien le murmure vésiculaire jusqu'en bas, les vibrations thoraciques se perçoivent bien. Sommets indemnes.

Eruption de quelques furoncles sur le devant du thorax.

22 décembre. — Le murmure respiratoire s'entend complètement jusqu'en bas, mais dans toute la hauteur du thorax droit et surtout aux deux bases, on perçoit des frottements ; submatité aux deux bases.

26 décembre. — Il existe encore un peu de submatité à la base droite, les frottements ont à peu près complètement disparu.

13 janvier. — On ne constate plus à l'auscultation trace de frottements ; au prépuce, le tissu cicatriciel, résidu du chancre, ferme presque complètement l'orifice du méat.

14 janvier. — Légère atteinte de laryngite aiguë.

Le côté droit du thorax est légèrement affaissé dans sa totalité, en comparaison du côté gauche, soit par légère atrophie musculaire post-pleurétique, soit par légère rétraction pleuro-pulmonaire.

Le malade a quitté l'hôpital complètement guéri.

Des 10 centimètres cubes de liquide citrin retirés par ponction exploratrice, quelques gouttes ont été prélevées et ont servi à ensemencer des milieux de cultures

qui sont restés complètem ent stériles. Le reste a été en totalité injecté dans le péritoine d'un cobaye ; cet animal a été sacrifié le 29 janvier, c'est-à dire 55 jours plus tard, et à l'autopsie, nous ne trouvons trace d'aucune lésion tuberculeuse.

OBSERVATION XXI

Chantemesse et Widal. (Soc. méd. des hôpitaux, 1890)

Femme de 45 ans, entrée à l'hôpital le 20 février 1890. A son dire les premiers accidents syphilitiques auraient apparu au milieu de janvier.

Elle est prostrée, avec de la fièvre, ne peut parler qu'à voix basse et paraît en proie à une maladie infectieuse aiguë. On constate la présence d'une roséole syphilitique généralisée et des plaques muqueuses dans la bouche.

A l'auscultation, signes nets d'une pleurésie sèche à la base du poumon gauche. Sur un espace qui mesurait la largeur de la main, depuis la colonne vertébrale jusqu'au milieu de la ligne axillaire, on entendait aux deux temps de la respiration des frottements très nets qui ne se modifiaient pas par la toux provoquée. Un traitement énergique fut institué avec frictions mercurielles à l'extérieur et iodure de potassium à l'intérieur.

En même temps que la température s'abaissait, les éruptions s'effaçaient et les signes de pleurésie disparurent, si bien que la malade quittant l'hôpital, au

commencement d'avril, la plèvre paraissait avoir retrouvé son intégrité.

OBSERVATION XXII

Chantemesse et Widal. (Soc. méd. des hôpitaux, 1890)

Femme de 29 ans, prise, vers le milieu de septembre 1885, d'une éruption de roséole syphilitique généralisée. Au commencement de novembre, douleurs très vives dans le côté droit de la poitrine.

La malade entre à l'hôpital le 29 janvier avec de la fièvre, des plaques muqueuses de la gorge, des syphilides généralisées sur la peau, des douleurs dans les articulations.

A l'auscultation, on constate la présence d'un double épanchement peu abondant et localisé aux deux plèvres. Vers la fin du mois de février, alors que l'épanchement persistait toujours, survint un iritis syphilitique.

A partir de ce moment, on institua le traitement par les frictions mercurielles. Peu à peu, les éruptions disparurent en même temps que les épanchements pleuraux, et, le 17 avril, la plèvre semble avoir retrouvé son état normal.

OBSERVATION XXIII

Chantemesse. (Bulletin médical, Paris, 1891)

Observation I. — O. H., âgée de 19 ans, domestique, est atteinte d'un chancre infectant à la vulve, à la fin

janvier 1891. Un mois plus tard, malaise, fièvre, douleur de gorge, toux. Au bout de quelques jours, douleur vive dans le côté gauche de la poitrine ; la malade est obligée de garder le lit, les quintes de toux sont très pénibles. Le séjour au lit dure quinze jours, après lesquels la fièvre a disparu, mais la toux et la douleur thoracique persistent, et la malade demande son admission à l'hôpital. Le 12 juin, elle présente encore des plaques muqueuses à la vulve, à l'isthme du gosier, au pharynx ; la voix est un peu voilée. La malade se plaint de tousser ; elle éprouve de la gêne respiratoire, des douleurs thoraciques et une grande faiblesse.

L'examen de la poitrine laisse reconnaître : A la percussion, légère sumathité dans la région postérieure gauche de la poitrine, depuis l'angle inférieure de l'omoplate, jusqu'à la base du poumon ; à l'auscultation, frottements pleuraux aux deux temps de la respiration à gauche ; quelques râles sous crépitants. Les signes stethoscopiques ne laissent ici aucun doute sur la réalité de l'inflammation pleurale.

OBSERVATION XXIV

Chantemesse (Bull. médical Paris 1891)

Jeune fille de 19 ans. Au commencement d'avril 1891, chancre de la grande lèvre gauche. A la fin du mois, éruption de syphilides papuleuses ; angine intense avec plaques muqueuses de la gorge ; malaise, inappétence.

La malade entre à l'hôpital le 16 mai ; elle est soumise aussitôt au traitement spécifique.

Vers la fin du mois de mai, la malade ressent dans le côté droit de la poitrine une légère douleur qui augmente peu à peu, et qui tout d'abord ne provoque pas de fièvre.

Le 3 juin, malaise, frissonnements perte d'appétit ; la douleur thoracique est un peu plus vive. Température du soir 37°8.

Le 4 juin, température du matin 38°8 et du soir 39°. Les symptômes de la veille sont plus nettement accusés. A la percussion, submatité à la base droite ; à l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire.

5 juin, température du matin 38°2, soir 38° ; même état.

5 juin, température du matin 39°, soir 40°3 ; signes d'un léger épanchement ; vésicatoire sur la région douloureuse.

7 juin, le point de côté a diminué, température du matin 38°2. soir 39°3.

8 juin, température du matin 37°6, soir 38°5 ; les signes physiques s'effacent peu à peu, l'épanchement est en voie de résorption.

9 juin, température matin 38°2, soir 38°8.

10 juin, température matin 38°1, soir 38°7.

11 juin, température matin 37°3, soir 37°5.

Le 15 juin, la température est normale ; la poussée fébrile due à la pleurésie a duré sept jours ; on trouve sur le corps des taches arrondies, brunâtres ; d'une spécificité non douteuse. La sonorité est revenue à la base droite. Les signes fournis par l'auscultation des

bases droite et gauche des poumons n'offrent pas de différences.

OBSERVATION XXV

Chantemesse (Bull. médical, Paris 1891)

G... M..., âgée de 24 ans. En janvier 1891, éruption sur le corps et sur le cuir chevelu des boutons crpûteux, qui ont laissé, des taches brunâtres et des cicatrices qui, aujourd'hui 16 juin, sont encore caractéristiques.

Le 31 janvier, la malade souffrant beaucoup de la gorge et ne pouvant manger, entre à l'hôpital de Versailles. On la soumet au traitement par le sirop de Gibert.

Le 10 février surviennent des frissons, un point de côté, de la toux et même une légère hémoptysie. Au bout de quelques jours, la fièvre a atteint 40°. Suppression du traitement spécifique. La patiente est soignée par le sulfate de quinine et un vésicatoire placé à la base du poumon droit, sous la ligne axillaire.

A la fin de février, la malade est assez remise ponr se levér et recommencer à prendre des bains.

Le 10 mars nouvelle poussée de fièvre et de douleur dans le côté. G... est obligée de garder le lit encore quinze jours. Nouvelle application d'un vésicatoire, dont on voit la trace au niveau de l'omoplate du côté droit.

Le 16 juin, la malade présente de nombreuses traces de syphilides sur le tronc et la face. Tout signe de pleurésie a disparu.

OBSERVATION XXVI

(Talamon, 1891, Méd. moderne)

X... âgé de 23 ans, entre le 24 novembre 1879, à la maison Dubois. Pneumonie droite, il y a quatre ans. Plusieurs chaudepisses. Il y a six ans chancre mou avec bubon suppuré. Il y a deux mois, nouvelle chaudepisse. Il y a un mois, au moment où l'écoulement cessait, sans qu'au dire du malade, il se fût exposé à une nouvelle infection, une ulcération s'est formée sur le frein de la verge, puis d'autres sur le pourtour du gland. Depuis lors des ulcérations n'ont cessé de se produire, se cicatrisant et reparaissant sans cesse.

Il y a trois jours, il a senti en se couchant une douleur dans le côté droit ; cette douleur est devenue très violente dans la nuit, jusqu'à le faire crier, lui coupant la respiration. Petite toux très rare ; pas de fièvre.

Etat actuel. — Le malade se plaint toujours d'une douleur à la base du thorax en respirant ; mais la dyspnée est modérée. Submatité et diminution des vibrations dans l'aisselle et le tiers inférieur du poumon droit en arrière ; obscurité du murmure vésiculaire ; pas de souffle ni d'égophonie. Le gland est couvert d'érosions superficielles, irrégulières, disséminées à sa surface et dans la rainure balano-préputiale.

Adénopathie des deux aines. Pas de roséole ; le malade n'a pas remarqué d'éruption sur son corps. Rien dans la gorge. Vésicatoire, une cuillerée à soupe de liqueur de Van Swieten.

27 novembre. — Matité dans la moitié inférieure du

poumon droit en arrière. Souffle léger et égophonie à la pointe de l'omoplate. Respiration normale à gauche.

1er décembre. — La matité persiste, mais on ne perçoit plus ni souffle, ni égophonie ; frottements secs, assez gros dans l'aisselle. Le malade accuse des démangeaisons à l'anus ; plaques muqueuses à la marge de l'orifice ; on en voit aussi plusieurs sur la peau des bourses.

3 décembre. — Les frottements persistent à la base droite. Respiration obscure ; douleur légère à la déglutition. Plaques muqueuses sur le pilier antérieur gauche.

Le malade sort le 13 décembre. Il reste toujours de la submatité et des frottements à la base du poumon droit. Les érosions du gland ont disparu. Mais les plaques muqueuses anales et scrotales persistent ainsi que celles de la gorge.

OBSERVATION XXVII

(Talamon. — Med. mod. 1891)

V... Mélanie, couturière, âgée de 24 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 28 février 1882. Boutons aux parties, au mois d'août dernier. Pas de traitement. Il y a trois semaines, a remarqué que ses yeux étaient un peu jaunes et ses urines foncées. Depuis lors ; l'ictère s'est foncé progressivement, sans fièvre, ni troubles gastriques.

Actuellement, elle présente une teinte jaune safran

généralisée avec une coloration ictérique des conjonctives et biliverdine dans l'urine qui est rare et d'un jaune foncé. Le foie n'est pas augmenté de volume. Depuis hier, plusieurs selles en diarrhée grisâtre ; un peu d'inappétence. Langue un peu sale. Ulcération profonde à pic de l'amygdale droite. Engorgement des ganglions de l'aine, de la nuque et du cou. Croûtes dans les cheveux qui sont clairsemés et tombent abondamment.

La malade n'accuse ni toux, ni gêne respiratoire. Mais on constate de la matité dans le tiers inférieur du poumon droit avec souffle aigre superficiel et égophonie très marquée. Respiration normale à gauche. Deux cuillerées de sirop de Gibert.

La malade reste deux mois dans le service. Les signes pleurétiques disparaissent rapidement. Au bout de huit jours, on constate seulement des frottements et de l'obscurité respiratoire. Mais cette obscurité de la respiration et la submatité persistaient encore à la sortie de l'hôpital.

L'ictère s'efface aussi péu à peu, en un mois, sans autre symptômes d'ailleurs ; pas de démangeaisons, pas de ralentissement du pouls ; pas de troubles gastriques.

Mais plusieurs poussées de plaques muqueuses se produisent tantôt à la vulve, tantôt dans la gorge et aux commissures labiales. En outre, céphalée et douleurs erratiques dans les diverses articulations. Pas de manifestations cutanées. A sa sortie, il existait encore des plaques muqueuses à la vulve.

OBSERVATION XXVIII

(Rochon, 1893)

Femme âgée de 24 ans, entre, le 24 mai 1890, à Saint-Louis. Elle est atteinte de syphilis secondaire.

La malade ne s'est pas aperçue de l'accident primitif, mais il reste encore de l'œdème de la grande lèvre droite et une légère cicatrice perdue au milieu de nombreuses plaques muqueuses vulvaires.

Sur le corps, éruption papuleuse datant d'une quinzaine de jours ; croûte sur le cuir chevelu.

Rien dans la bouche ; le pharynx est rouge, sans plaques muqueuses, mais la malade se plaint de douleurs dans les oreilles. Céphalalgie nocturne ; tous les ganglions sont tuméfiés, la rate présente une matité de quatre travers de doigt sur la ligne axillaire.

On donne une cuillerée à soupe de solution simple, c'est-à-dire de liqueur de Van Swieten, moins l'alcool.

20 mai. — Depuis deux ou trois jours, malaise, perte de l'appétit, on donne une purgation.

21 mai. — Hier soir, douleur intense dans le côté droit de la poitrine, douleur en demi-cercle répondant aux attaches diaphragmatiques. Température, hier : soir, 39° ; ce matin 38°5 ; frissons se répétant toute la nuit, la percussion donne une submatité légère à ce niveau.

Le foie n'est pas augmenté de volume ; il n'est pas douloureux à la pression. Jamais de coliques hépatiques.

Six ventouses scarifiées aux attaches diaphragmatiques, antipyrine 1 gr. 50.

22 mai. — Température, hier soir, 39°8 ; ce matin, 39°. Point de côté toujours intense, rien au foie ; la compression du nerf phréniquc est douloureuse.

Hier, selle de coloration normale, aucune teinte spéciale ni de la peau, ni de la conjonctive.

L'auscultation fait reconnaître des frottements nombreux à la base droite ; matité presque absolue à la percussion ; les vibrations sont diminuées ; dyspnée modérée ; antipyrine 1 gr. 50.

23 mai. — Hier au soir, 40°1 ; ce matin, 39°. La douleur est moins intense ; absence de murmure vésiéulaire à la base droite, souffle léger et égophonie à l'angle inférieur de l'omoplate, dyspnée, pas de toux.

La malade se plaint beaucoup de la gorge qui est, en effet, le siège de nombreuses plaques muqueuses ; on en trouve également sur la langue, le voile du palais et à la commissure labiale droite ; les douleurs d'oreille persistent.

La sœur accuse la malade de n'avoir jamais pris son traitement que si elle y était obligée par sa présence ; la malade ne nie pas, elle se contente de répondre que la solution simple lui a fait mal à l'estomac.

On donne alors deux pilules de protoiodure de mercure de 5 centigrammes chacune.

25 mai. — Hier soir 39°7 ; ce matin, 38°9.

Mêmes signes stéthoscopiques, toujours céphalée nocturne.

26 mai. — La fièvre tend à baisser, 39°5 hier au soir ;

37°9, ce matin La matité remonte moins haut ; l'égophonie a disparu ; encore un léger souffle.

27 mai. — Température 38°2, hier au soir ; 37°5 ce matin. Le souffle ne s'entend plus. On perçoit quelques frottements à la base du poumon droit.

28 mai. — Hier soir, 38° ; ce matin, 37°4. Frottements nombreux.

29 mai. — Hier soir 37°8 ; ce matin, 37°4. La malade demande à manger. Premier degré.

30 mai, — La température est presque normale, les frottements persistent. La langue est belle ; les plaques muqueuses commencent à disparaître ; l'éruption cutanée s'efface.

31 mai. — Température normale, la malade demande à se lever. Mêmes signes à l'auscultation.

2 juin. — A l'examen des parties génitales on constate la disparition presque complète des plaques muqueuses.

On continue les deux pilules.

10 juin. — Les frottements sont toujours nombreux à droite, les douleurs de tête persistent. On donne deux grammes d'iodure.

20 juin. — La malade réclame sa sortie.

Les frottements ont presque disparu ; il y a encore un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire.

On donne l'ordonnance suivante :

Prendre au repas de midi une pilule de protiodure d'hydargyse de 5 centigrammes.

OBSERVATION XXIX

(Rochon 1893)

Etudiant ès-lettres, âgé de 25 ans, contracta la syphilis en avril 1891. Roséole peu intense, éruption papuleuse très discrète. Le chancre avait eu son siège sur le scrotum.

Pilules de protoiodure de mercure de 5 centigr., une par jour pendant deux mois.

Un an après le début, poussée de plaques muqueuses à l'anus. Pendant un mois, pilules de mercure. Jamais d'iodure, ce médicament produisant de suite des éruptions intenses.

Le malade quitte Paris et je le perds de vue pendant un an. Quinze jours avant les dernières vacances de Pâques, je reçois de lui une lettre me disant qu'il se propose de venir à Paris ; il est un peu fatigué, il souffre de la gorge ; il pense à sa syphilis, se propose de m'en parler et de faire provision des médicaments qu'il ne peut pas acheter en province ; il me demanderait bien de lui envoyer quelques pilules, mais il a une diarrhée intense et il préfère la guérir auparavant ; il me demande le moyen ; il a essayé déjà du sous-nitrate de bismuth sans aucun succès.

Je lui conseille de prendre du salicylate de bismuth avec du laudanum, et si cela ne suffit pas, d'avoir recours à l'acide lactique.

Un beau jour, il arrive chez moi, faciès, pâle, maigre, la diarrhée persiste malgré tous les médicaments ; la gorge est couverte de plaques muqueuses ; depuis

quelques jours il s'en est produit quelques-unes à l'anus. Rien sur le reste des téguments, mais douleurs vagues un peu dans tout le corps, surtout dans le thorax, un peu de gêne respiratoire, sueurs au moindre effort.

J'ausculte, et je trouve, à droite de la submatité avec des frottements pleuraux très nombreux ; à gauche, de la matité à la base, avec absence de murmure vésiculaire, léger souffle et bronchophonie dans le tiers inférieur de la poitrine. Je conseille de rester quelques jours à la chambre et d'arrêter tout d'abord la diarrhée : diète, élixir parégorique.

Deux jours après, même diarrhée ; malade plus affaibli encore, quelques nouvelles plaques rouges sur le voile du palais. En présence de tous ces symptômes, malgré la diarrhée, je parle d'un traitement par le mercure.

Pilules de tannate de mercure de 8 centigr., une par jour.

La diarrhée persiste encore pendant deux jours et se met à diminuer ; au bout de huit jours, elle avait complement cessé. Les frottements persistaient à droite ; à gauche, il y avait matité complète, mais le souffle et la bronchophonie avaient disparu. Pas de fièvre ; il n'y en avait eu qu'un peu au début.

Le malade voulut sortir, mais la marche le fatigua et il se trouva si essoufflé en remontant ses escaliers qu'il promit d'attendre.

Il prit deux grammes d'iodure de potassium par jour avec dix grammes de bicarbonate de soude. Le médicament fut bien supporté.

Huit jours après, le malade quittait Paris, il avait pu faire quelques sorties nécessaires.

A droite, on entendait quelques frottements ; à gauche, l'épanchement était résorbé et les frottements avaient disparu. J'ai reçu quelques lettres, me tenant au courant de la situation ; il y avait augmentation de poids ; la diarrhée n'avait pas reparue, la respiration était tout à fait libre. De plaques muqueuses, il n'en était plus question, et, aux vacances de la Pentecôte, mon ancien malade m'écrivait du haut du Ballon d'Alsace.

OBSERVATION XXX

(Chantemesse. — Presse médicale 1894)

Le premier de ces malades est venu à la consultation de l'hôpital, souffrant de maux de tête très violents. En l'examinant, je m'aperçus qu'il avait des engorgements ganglionnaires multiples et que sa peau était le siège d'une éruption psoriasiforme. C'était, en effet, une syphilide papulo-squameuse dont les caractères s'accentuèrent bientôt pour devenir des plus nets. Les muqueuses étaient intactes ; il a été facile de trouver la trace du chancre initial. Sous l'influence du traitement, qui consiste en injections intraveineuses de sublimé à 1/1000, la céphalée devient moins violente, les engorgements ganglionnaires diminuèrent de volume, les plaques psoriasiformes s'atténuèrent notablement, si bien qu'aujourd'hui, vous pouvez constater qu'il ne

reste plus à leur niveau qu'une légère infiltration du derme.

Je passe sur la description de ces accidents pour arriver à un fait plus intéressant. En interrogeant le malade, il nous a dit qu'un soir, en se couchant, il avait été pris tout-à-coup, dans le côté gauche, d'un point de côté tellement violent qu'il ne put s'étendre, et dut pour pouvoir respirer, s'asseoir sur son lit et rester dans cette position pendant toute la nuit ; en même temps, il avait ressenti un grand malaise et avait été pris d'une fièvre assez violente, comme il avait pu en juger d'après la soif à laquelle il fut en proie. Cette douleur, avec son degré d'intensité première a duré six jours, pendant lesquels il fut obligé de garder le lit ; puis, pendant deux jours encore, elle se fit ressentir en s'atténuant ; enfin, quatre jours après, elle disparut. Il y avait donc douze jours environ que son affection pleurale avait débuté lorsqu'il est arrivé ici ; j'ajouterai qu'il n'a pas de lui-même, attiré l'attention sur la douleur qu'il avait ressentie, et que c'est grâce à une enquête anamnestique que j'ai pu obtenir les renseignements que je viens de vous communiquer. Du reste, ce qui faisait venir ce malade à l'hôpital, ce n'était pas le point de côté, mais le mal de tête, l'affaiblissement considérable de ses forces et un état de prostration tel que tout travail lui était devenu impossible. A l'examen de la poitrine, nous avons trouvé, par la percussion, de la submatité aux deux bases, beaucoup moins accentuée et beaucoup moins étendue à droite qu'à gauche où elle remontait jusqu'à deux travers de doigt au dessous de l'omoplate ;

très manifeste, il y a quelques jours, cette obscurité du son existe encore aujourd'hui, comme vous pouvez vous en rendre compte.

A l'auscultation, nous avons constaté l'existence de frottements au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, puis, deux jours après, des signes de bronchite diffuse prédominant un peu plus à gauche, s'accompagnant d'une expectoration opaque peu abondante.

OBSERVATION XXXI

(Chantemesse. — Presse médicale 1894)

Ce jeune homme que vous voyez encore très déprimé, est entré ici dans un état de faiblesse très accentué ; il était pâle et en même temps si abattu que je me demandai, en le voyant à la consultation hospitalière, s'il était atteint de tuberculose ou de fièvre typhoïde, hypothèses qu'il fallut rejeter bientôt. En le faisant déshabiller, je constatais à la surface cutanée la présence de nombreuses papules avec infiltration du derme, devenues depuis squameuses et que vous voyez aujourd'hui commençant à pâlir; il n'y avait aucun doute sur leur nature syphilitique. Le chancre pénien et l'adénopathie inguinale sont évidents.

Sous l'influence du repos absolu et dn traitement spécifique, l'état général et local s'était singulièrement amélioré, lorsqu'il y a deux jours. il se mit à tousser. A l'examen de la poitrine, on trouva les signes d'une bronchite, indiquant que les bronches étaient le siège

d'une éruption syphilitique ; en même temps, l'on constatait, à la partie inférieure de la région sous-scapulaire droite, de la submatité, de la diminution des vibrations thoraciques et des frottements. Notre interne, M. Lorrain, vient de faire à ce niveau une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz et a retiré un quart de centimètre cube de liquide citrin ; c'est la première fois, croyons-nous, que semblable constation est faite dans des conditions analogues ; elle ne laisse aucun doute sur l'existence de la pleurésie et sur la nature séreuse de l'exudat.

Cette pleurésie a débuté insidieusement sans que le malade se soit plaint de la moindre douleur dans la région atteinte ; aujourd'hui il dit souffrir un peu quant on le fait respirer très profondément et quand on exerce une pression sur la paroi thoracique, non pas sur la surface des côtes, mais au niveau des espaces intercostaux. Comme vous le voyez, les signes subjectifs de cette pleurésie sont si peu marqués, que leur présence aurait passée inaperçue sans un examen fait de propos délibéré.

OBSERVATION XXXII

(Lyon, Presse médicale, 1894)

Dans le courant de la présente année, entrait à l'Hôtel-Dieu un garçon boucher qui présentait une syphilis secondaire intense, à en juger par l'engorgement considérable des ganglions, par l'existense de syphilides

papuleuses et par certains signes généraux, comme une céphalée fort pénible, l'anorexie, la perte des forces. Il nous fut possible d'expliquer la gravité de l'infection ; il s'agissait, en effet, d'une syphilis à porte d'entrée extragénitale (chancre de l'amygdale gauche), et l'on sait que ces sortes de syphilis sont habituellement plus graves que les autres. La température du malade, prise le soir de l'entrée dans le service était de 38°5. Nous cherchâmes s'il n'existait pas du côté des différents organes quelque complication à qui l'on put attribuer l'élévation de température. Nous constatâmes à la base du poumon gauche une matité absolue, s'élevant environ jusqu'à l'union du 1/3 inférieur avec les 2/3 supérieurs du poumon en arrière ; l'abolition des vibrations thoraciques au même niveau ; la disparition du murmure vésiculaire et son remplacement par un souffle voilé, à timbre aigu, perceptible à l'expiration ; il existait enfin de l'égophonie, en un mot, tous les signes d'un épanchemont que l'on pouvait évaluer à quelques centaines de centimètres cubes. Du côté droit, on constatait des frôlements rapeux, superficiels, sur toute l'étendue du poumon, en arrière et sur les parties latérales. Il n'existait d'ailleurs aucun signe fonctionnel ; ni toux, ni dyspnée, ni point de côté.

Le malade présenta pendant huit jours une fièvre modérée, oscillant entre 38°5 et 39° le soir, se rapprochant de la normale le matin. Au bout de huit jours, sous la seule influence du traitement spécifique (0 gr. de proto-iodure, 1 gr. d'iodure), toute trace d'épanchement disparut ; il ne restait non plus, au bout de ce

temps, aucun vestige de la pleurésie sèche constatée à droite.

OBSERVATION XXXIII

Cassel. (Bull. méd. de l'Algérie, 10 février 1894)

Le 20 mars dernier, je voyais le jeune X..., âgé de 13 ans, pour une douleur violente du côté gauche du thorax, et qui l'empêchait de respirer. Depuis une huitaine de jours environ, la douleur ne faisait qu'augmenter, malgré un vésicatoire appliqué par la mère, *proprio motu*. Un peu de fièvre, du malaise et de l'anorexie avaient marqué le début de cet état.

Après avoir ausculté le petit malade, tout en l'examinant et en l'interrogeant dans le désir de dépister l'étiologie de cette pleurésie (car j'avais bien affaire à une pleurésie ; légers frottements, submatité en bas et en arrière, affaiblissement des vibrations vocales), mon attention fut vivement attirée par de petites plaques de calvitie en clairières, placés sur les côtés de la tête.

Ce fut comme un trait de lumière — pleurésie-syphilis — je me rappelais, en effet, avoir lu de semblables observations.

De plus, deux mois auparavant, des taches rougeâtres avaient été très nettement vues sur le corps.

L'enfant se plaignait aussi de la gorge et avait des plaques muqueuses du pharynx.

Donc, pas de doute, j'étais en présence d'une syphilis acquise, et l'étiologie de cette pleurésie, à laquelle je ne

trouvais pas de cause plausible, se révéla ainsi à mes yeux. Voulant avoir le cœur net de ce cas si intéressant, l'auteur en examinant attentivement l'enfant, finit par découvrir un superbe chancre anal qui s'accompagnait d'une adenopathie inguinale caractéristique.

Il est inutile d'ajouter que notre petit malade fut guéri dans 5 jours de sa douleur thoracique, grâce au traitement hydrargyrique, alors que le vésicatoire de la famille n'avait pas amené le plus léger soulagement. Les symptômes de la pleurésie s'effàcèrent également peu à peu.

OBSERVATION XXXIV

(Thèse de Montseret, Montpellier 1894)

G... Jeanne, 22 ans, entre à la Clinique Dermatologique le 4 mai 1894, et occupe le lit n° 8 de la salle Ambroise Paré.

Cette femme est atteinte de syphilis secondaire caractérisée par des papules vulvo-anales et des plaques muqueuses en abondance dans la cavité buccale, notamment sur les piliers. L'accident primitif remonterait à deux mois, d'après la malade, et aurait siégé sur une grande lèvre. L'état de la dentition étant très mauvais (la malade porte un appareil dentaire artificiel à la machoire supérieure), on se borne pour quelques jours à un traitement local, remettant à plus tard le traitement mercuriel.

La malade souffre en outre d'une endométrite pour laquelle on prescrit des injections au permanganate de potasse.

Le 7 mai, la malade s'alite se plaignant d'une violente céphalée et de vives douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite. Température 39·4. La nuit se passe dans un état d'insomnie complet.

8 mai au matin, l'examen révèle un empâtement

notable, au niveau des annexes droits, et la pression provoque en ce point une douleur extrêmement vive. Température matin, 38·5 ; soir 38·6.

On prescrit une potion au chloral, des cataplasmes laudanisés sur le ventre, des injections très chaudes, des frictions sur l'abdomen avec l'onguent napolitain et enfin du lait comme boisson.

9 mai. — Légère amélioration, mais douleurs encore vives dans le bas-ventre. En outre la malade accuse un léger point de côté au-dessous du sein gauche. Mais comme toute la fosse iliaque est douloureuse, on ne prête que peu d'attention à ce nouveau symptôme. Du reste, plus de fièvre.

10 mai. — L'amélioration continue, et la malade demande à manger. On lui permet lait, potage et œufs. Le point de côté persiste.

11 mai. — Devant la persistance de cette douleur sous-mammaire, on pense à la possibilité d'une pleurésie, malgré l'absence des autres symptomes habituels.

On examine donc l'appareil respiratoire et on trouve du côté gruche en arrière et à labase, un peu de matité et un aflaiblissement des vibra'ions et du murmure vésiculaire très net. On donne une potion de 10 gr. d'iodure de potassium pour 200 gr. de sirop d'écorces d'oranges amères, et l'on prescrit un badigeonnage à la teinture d'iode à gauche. Comme régime, le quart rôti.

12 mai. — La malade, la veille au soir, a eu un accès de délire qu'elle attribue à l'iodure. Toujours pas de fièvre.

Matité très accentuée à la base gauche, submatité à

droite. Diminution très notable des vibrations, obscurité respiratoire absolue à gauche, incomplète à droite. Premier bruit du cœur légèrement râpeux.

Nouvelle application de teinture d'iode, cette fois des deux cotés et potion au bromure de potassium.

13 mai. — Même état. Même traitement. La malade se plaint toujours du côté.

14 mai. — En présence de l'état stationnatre et de l'insuffisance du traitement prescrit, on commence le traitement spécifique avec frictions mercurielles dans les aines et gargarismes chloratés.

16 mai. — La malade va beaucoup mieux et se plaint beaucoup moins de son point de côté. Vin de quinquina ferrugineux.

17 mai. — Toutes les douleurs ont disparu, aussi bien le point de côté que les douleurs du bas-ventre.

18 mai. — Nouvelle poussée très douloureuse dans les annexes droits. Du côté du thorax, la matité est moins accentuée, mais les vibrations ne sont pas encore revenues Nombreux frottements aux deux bases.

21 mai. — Encore un peu de matité à la base gauche. Submatité légère à droite. Vibrations commençant à revenir, mais persistance des frottements. On continue les frictions mercurielles et on applique une nouvelle couche de teinture d'iode. La malade se sentant mieux, commence à se lever. Bronchite il y a dix ans ; rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

OBSERVATION XXXV

(Thèse de Montseret, Montpellier 1894)

D... Isabelle, bonne de café, 22 ans, entre salle Ambroise-Paré, le 7 avril 1894. Accidents syphilitiques caractérisés par des papules ano-vulvaires et une adénite inguinale bilatérale. Pas de trace de chancre ni de renseignements à son sujet. Voix rauque ; amygdales hypertrophiées, piliers de l'isthme du gosier rouges ; pas de plaques muqueuses.

La malade est traitée par des pilules de sublimé et de tanin ; un gargarisme chloraté et comme topique des plaques ano-vulvaires, liqueur de Labarraque et poudre de calomel.

17 avril. — Coliques. Diarrhée. Suspension des pilules. Administration de dix gouttes de laudanum et trois grammes de salicylate de bismuth.

21 avril. — Cessation des coliques. Reprise du traitement par les pilules de gallate de mercure.

26 avril. — Point de côté à droite. Toux depuis quelques jours. Expectoration de crachats muqueux. Dyspnée intense. Matité à droite et obscurité respiratoire avec conservation des vibrations. T. : 37°2.

Traitement : séjour au lit, régime lacté, tisane, thé au rhum, dix ventouses sur le côté droit arrière. Suspension des pilules de gallate.

27 avril. — Phénomènes gastriques. On prescrit l'ipéca 1 gr. 20. Légère amélioration, la malade se lève le lendemain, mais incomplètement remise.

30 avril. — Constipation. Langue blanche. On prescrit

le sulfate de soude 40 grammes. Cette femme reste levée toute la journée, et se fatigue à s'amuser.

5 mai. — Point de côté gauche, toux sèche, sans expectoration. A la percussion, matité absolue à la base gauche en arrière et en avant sur une hauteur de quatre doigts environ. Vibrations presque complètement abolies à ce niveau. On ne perçoit le murmure vésiculaire que dans la partie supérieure du poumon gauche, en arrière, où la respiration est soufflante. T. S : 39°5.

Donc épanchement gauche assez abondant. On prescrit une potion au rhum et acétate d'ammoniaque, un vésicatoire de 8 à 10 cent. en arrière, et deux pilules de gallate de mercure.

6-7 mai. — Diminution de l'oppression. Persistance du point de côté. Matité et obscurité respiratoire, sauf dans les fosses sous-claviculaires, où la respiration est légèrement soufflante, et où la percussion donne de l'hypersonorité. T. M : 38°8. T. S. : 38°6.

8 mai. — Battements cardiaques irréguliers. On ajoute une potion avec infusion de digitale et des ventouses pour diminuer l'oppression qui a repris. T : 37°4. La fièvre est tombée.

10 mai. — Plus de fièvre. Matité dans les 2/3 inférieurs gauches en arrière. Abolition des vibrations. Egophonie et un peu de pectoriloquie aphone. Trente grammes de sulfate de soude. Suppression de la potion de digitale et des pilules. Administration de frictions à l'onguent napolitain, et d'une potion contenant vingt grammes d'iodure de potassium pour trois cents grammes de sirop.

11 mai. — Vibrations abolies au 1/3 inférieur droit et au 1/4 inférieur gauche. Submatité légère en avant jusqu'au sommet. En arrière, les signes de l'épanchement persistent. En avant, respiration rude ; en arrière, obscurité respiratoire et frottements sur toute la hauteur. Application de teinture d'iode en avant et à gauche.

Cœur normal, non dévié, mais bruits mal frappés ; peut-être souffle râpeux au premier temps.

14 mai. — Vibrations pas encore revenues. Matité moins étendue. L'obscurité respiratoire persiste encore un peu. L'égophonie diminue ainsi que l'épanchement. La malade se lève.

18 mai. — Disparition des plaques vulvo-anales. Un peu de matité à gauche et une légère submatité à droite ; obscurité presque complète à la base gauche avec légère égophonie ; murmure vésiculaire revenu au-dessus. Frottements très nets à droite, un peu d'obscurité et quelques frottements à gauche, mais pas d'égophonie.

21 mai. — Les jours suivants l'amélioration s'accentue ; les signes pléurétiques disparaissent sous l'influence du traitement par les frictions et l'iodure. Il reste à la base gauche de la diminution de la sonorité et des vibrations avec quelques frottements. La malade sort complètement guérie le 30.

OBSERVATION XXXVI

(*Thèse de Montseret. Montpellier, 1894*)

Le nommé D..., âgé de 22 ans, soldat au 142e de

ligne, entre le 14 janvier 1893 à la clinique dermatologique, salle Sedillot, n° 5, pour accidents syphilitiques.

C'est un homme pâle, maigre, d'aspect cachectique, se plaignant d'une douleur vive sous le mamelon droit et d'une dyspnée intense.

Antécédents héréditaires : père mort d'une affection de poitrine à 33 anns.

Antécédents personnels : alcoolisme en exerçant la profession de garçon de café ; quelques manifestations scrofuleuses dans l'enfance.

Maladie actuelle. — Il y a un mois et demi, il a vu apparaître sur le prépuce, 28 jours environ après le dernier coït, un chancre induré bientôt suivi de l'engorgement ganglionnaire inguinal caractéristique.

Actuellement, adénopathie généralisée, légère roséole sur le tronc, plaques muqueuses aux lèvres et à l'isthme du gosier.

Se plaint surtout d'un point de côté sous mamelonnaire droit avec toux sèche pénible, et par moments, accès de dyspnée. Il y a eu un peu de fièvre au début, mais elle a disparu actuellement.

A l'auscultation, on constate du côté droit : abolition des vibrations thoraciques à la base, submatité au même niveau. Frottements pleuraux occupant la moitié inférieure et respiration rude, légèrement soufflante au sommet.

On laisse pour le moment de côté le traitement de la syphilis, et on prescrit une potion calmante à l'alcolature de racine d'aconit, des badigeonnages de teinture d'iode et une tisane pectorale chaude.

20 juin. — Aggravation des phèn. thoraciques. Etat général peu brillant. On tente le traitement spécifique avec 2 pilules de :

Tannate de mercure.....	0 gr. 05
Extrait de quinquina.....	0 gr. 10

Et un gargarisme chloraté.

25 janvier. — Amélioration sensible. Disparition du point de côté. Retour partiel des vibrations à la droite. Persistance des frottements. Diminution de la toux.

30 janvier. — Même état pulmonaire. Diarrhée. Etat de faiblesse du malade. Suspension du traitement spécifique.

2 février. — Le point de côté se déclare à nouveau, avec douleurs dans l'épaule droite. Toux peu intense, mais expectoration peu abondante.

L'examen de la poitrine révèle une exagération des signes de la pleurésie sèche à la base droite, et quelques signes de congestion au sommet du même côté.

L'examen des crachats ne révèle aucun bacille. Reprise du traitement spécifique par les pilules de gallate. Potion tonique à l'extrait de quinquina.

10 février. — Frottements pleuraux très diminués d'étendue, état général bien meilleur.

Continuation du traitement jusqu'à la fin février, moment où on note la persistance de quelques plaques muqueuses amygdaliennes, l'amélioration profonde de l'état pulmonaire ; plus de point de côté, plus de toux, frottements pleuraux très diminués.

1^er^ mars. — Douleurs articulaires aux coudes et aux

poignets, surtout nocturnes. Pas de gonflement des parties.

10 mars. — Suppression du tannate à cause des douleurs persistantes. Administration de 2 grammes de salicylate de soude par jour, pendant plusieurs jours sans amélioration.

20 mars — Injection massive de sublimé de 0 gr. 05 dans la fesse.

25 mars. — Idem.

Les douleurs articulaires se calment ; phlegmon de la fesse qui avorte et nécessite la cessation des injections.

10 avril. — Réapparition des douleurs articulaires, qui, cette fois, envahissent les membres inférieurs (genoux, cous-de-pied), aussi bien que les supérieurs. En outre, retour de la congestion pleuro-pulmonaire droite s'accompagnant de signes suspects au sommet (respiration rude, expiration prolongée). L'état cachectique s'accentue, le malade est atteint d'une anorexie absolue. On prescrit 10 gouttes de teinture de noix vomique dans la potion tonique au quinquina, et pour calmer les douleurs, une potion avec :

Iodure de potassium.....	5 gr.
Bromure de potassium.....	10 gr.
Eau distillée.....	150 gr.

à prendre une cuillerée à chaque repas.

28 avril. — Les douleurs articulaires persistent toujours, mais moins vives. Etat pulmonaire stationnaire ; toujours frottements à la base droite.

Reprise du traitement mércuriel avec 2 pilules de

gallate et la solution iodo-bromurée. Ce traitement est continué, jusqu'au 15 mai et amène la disparition presque complète des douleurs articulaires et une amélioration très notable des phénomènes pulmonaires. Le malade est alors envoyé en convalescence.

Plusieurs mois après nous avons revu le malade, il a continué le traitement mercuriel après une interruption de deux mois. Son état général est bon, il ne tousse plus, sa pleurésie a complètement disparu ; il ne lui reste plus comme traces qu'une légère submatité avec rudesse de la respiration dans le tiers inférieur droit. Du côté du sommet, la respiration est redevenue normale. Donc, conclut Montseret, première amélioration des phénomènes pulmonaires sous l'influence du traitement spécifique du 20 au 25 janvier.

Réapparition et aggravation des phénomènes pulmonaires pendant la cessation du traitement.

Reprise de celui ci et amélioration rapide. On cesse encore le traitement, et la syphilis frappe de plus belle non seulement la plèvre, mais aussi les articulations. Inefficacité du salicylate de soude ; reprise du traitement mercuriel et tout rentre dans l'ordre. Remarquer les poussées successives de pleurésie à chaque cessation de traitement, et la prédilection de cette syphilis pour les séreuses.

OBSERVATION XXXVII

(*Reynaud et Soherb J. D. mal. cutan. et syph. Paris 1894*)

Le nommé N. A... peintre décorateur, âgé de 31 ans est couché au lit n° 34 de la salle Trousseau. A son

entrée, (18 novembre 1893) il nous racontait n'avoir jamais été malade ; il ne se connaissait pas d'antécédents morbides héréditaires. Il était porteur d'une roséole papuleuse confluente ; au cou, on notait ainsi qu'au scrotum, des plaques papulo-hypertrophiques. On ne relevait plus la trace de la lésion initiale ; seule, la cicatrice d'un chancre mou, survenu il y a cinq ans, était encore visible sur la verge.

Il est alité depuis une quinzaine de jours ; il a eu un refroidissement brusque avec de nombreux frissons, puis de la fièvre qui persiste actuellement et un point de côté à gauche.

En cette région, la cage thoracique présente, en arrière, une voussure appréciable une matité occupant le tiers inférieur et de la submatité remontant jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. Les vibrations sont notablement diminuées et même abolies en bas. A l'auscultation, quelques frottements et un souffle doux avec absence de murmure vésiculaire ; broncho-phonie, égophonie et pectoriloquie aphone. Les mêmes signes existent en avant, mais moins étendus. Si l'on fait asseoir, puis coucher le malade, la percussion pratiquée en avant, au niveau du mamelon, fait constater le déplacement de la matité. Le cœur est légèrement refoulé.

Il y a donc les signes officiels d'un épanchement pleurétique qu'on évalue à un peu moins d'un litre. Le malade présentait, le soir de son arrivée, une température de 39°3 ; le lendemain, au premier examen, 39°2.

On institua immédiatement le traitement suivant : ventouses scarifiées, sulfate de quinine 1 gr. infusion de digitale 0,50 centigr., un cordial, et, contre sa roséole nous fîmes ajouter 30 gr. de sirop gibert, préparation qui est plus sûrement absorbée que les pilules.

Cette médication ne fut donnée que le 19. La température se mit aussitôt à baisser, en même temps que l'épanchement diminuait. Le 21 novembre au matin, c'est-à dire trois jours après son entrée, la température était à 37°. Dès ce moment, la température resta normale ; la gêne respiratoire cessa, le malade put se lever et sortir dans le jardin ; l'épanchement s'était résorbé avec une rapidité étonnante.

Quand le malade quitta l'hopital, dans les premiers jours du mois suivant, tous les signes d'auscultation, pleuraux ou pulmonaires, avaient disparu. L'éruption était réduite à un petit nombre de papules, qu'on ne retrouvait qu'avec une recherche attentive.

OBSERVATION XXXVIII

(Thèse Carra, 1894)

Q... Clémence, entre à l'hôpital Broca, salle Cullerier, lit n° 9, le 27 mai 1894. D'une famille robuste, elle a encore son père et sa mère tous deux bien portants. Elle a deux frères également doués d'une vigoureuse santé. Elle ne connait dans sa famille aucun accident de scrofulo-tuberculose.

Fille même fortement constituée n'a jamais eu la moindre indisposition avant sa maladie actuelle.

Réglée à 12 ans, ses régles ont toujours été très régulières. Déflorée à 16 ans elle a contracté la syphilis à 18 ans c'est à dire il y à 18 mois. Le chancre siégeait à la vulve ; il fut bientot suivi d'une poussée de syphilides abondantes. Dès l'apparition des premiers accidents, elle entra à l'Hopital ; où elle resta 6 mois, dans le service de M. de Beurmann et fut traité par le protoïdure de mercure : deux pilules de cinq centigrammes par 24 heures.

8 mois après sa sortie, elle rentre à l'Hôpital dans le même service et est de nouveau soumise au même traitement. Quelques jours après cette seconde sortie, elle est prise d'une grande lassitude, de faiblesse, de courbature. Les pertes blanches, augmentent considérablement d'abondance. La respiration devient gênée. Au moindre mouvement elle est essoufflée. Elle tousse un peu, mais ne crache pas. Les troubles multiples la décident à faire un troisième séjour à l'Hopital Broca.

En l'examinant le 28 avril, on constate que la malade est une femme fortement charpentée, douée d'un embonpoint notable, le teint coloré.

L'examen des organes génitaux montre à la vulve sur la face interne des grandes lèvres et sur le bord libre des petites lèvres quelques saillies, de forme arrondies, dont la surface est à peu près plane, légèrement suintante et qui sont à ne pas s'y méprendre des syphilides papulo-érosives.

L'examen an spéculum montre que l'introduction de cet instrument n'est pas douloureuse. La coloration de la muqueuse vaginale est normale, il y a seulement un

peu de leucorrhée, liquide blanc, laiteux, très fétide à odeur *sui generis*.

L'examen macroscopique ayant été fait, on n'a pas trouvé de gonocoques.

La surface du col est normale, lisse, sans érosions, ni granulations. L'orifice est petit, ovalaire, et livre passage à une mèche blanchâtre opaque et très adhérente qui témoigne d'un léger catarrhe du col. Par la pression de l'urèthre on ne fait pas sortir du pus, de même aussi la compression des glandes de Bartholini et de leurs canaux excréteurs montre que les glandes sont saines. Le col utérin est en position normale. Les culs de sac libres, de volume moyen, aucune lésion aigüe, ni chronique dans leurs annexes.

Près de l'anus, il existe un condylome assez volumineux exsulcéré sur celle de ces faces qui regarde l'orifice anal, cette ulcération est pour la malade une cause de souffrances lorsqu'elle va à la selle.

Sur les cuisses, nous voyons quelques macules brunâtres, disséminées irréguliérement et qui paraissent être des traces de syphilides en voie de disparition. Sur le tronc il existe quelques taches analogues et quelques papules de coloration jambonnées dont les plus larges ont un diamètre de 6 à 8 millimètres.

Dans le pli de l'aine, dans la région cervicale, dans les aisselles on trouve des ganglions lymphatiques dont le volume est supérieur à la normale. Les ganglions engorgés sont d'une constance ferme et roulent sous le doigt investigateur. Le ganglion sus-épitroclien est très net à gauche, difficile à trouver à droite.

En examinant la cavité buccopharyngienne, on constate sur la face dorsale de la langue quelques plaques lisses, sur les bords des érosions à surface aplanie. Des plaques muqueuses existent aussi sur les deux amygdales. L'appétit est à peu près conservé, la maladé mange le quatrième degré. Les digestions sont faciles, il y a un peu de conspitation, mais c'est habituel.

Les bruits du cœur sont normaux.

La malade se plaint, de tousser un peu, mais cette toux est peu gênante, ne s'accompagne d'aucune expectoration, pas de dyspnée. — R. n° 18.

L'exploration du thorax ne montre l'existence d'aucun signe anormal dans toute l'étendue des poumons sauf a la base droite. Là, dans une étendue de quelques travers de doigt, on constate, d'une manière très nette de la diminution des vibrations thoraciques, une matité presque absolue à la percussion superficielle, de la submatité à la percussion profonde.

Le murmure vésiculaire est considérablement affaibli. Dans la même zone s'entendent des frottements humides analogues à des râles sous-crépitants, mais en faisant tousser la malade on remarque qu'ils ne sont nullement modifiés par la toux, ni par l'inspiration qui la précède. Le retentissement de la voix est peu altéré.

Température du matin 37°, du soir 37°8.

Traitement. — Deux pilules de protoiodure de mercure de cinq centigrammes, cautérisation des plaques muqueuses avec le crayon de nitrate d'argent : ventouses sèches à la base du poumon droit, dans toute la zone douloureuse.

Le 8 juin. — La matité est plus complète et plus étendue à la base droite. Sous la clavicule du même côté son skodique parfaitement net. Les vibrations thoraciques, dans la région mate, ont complètement disparu. A l'auscultation : souffle lointain, voilé, qui s'entend presque exclusivement pendant l'expiration : Egophonie assez nette, pectoriloquie, aphone. Le cœur n'est pas déplacé. Le foie n'est pas abaissé notablement. Une ponction exploratrice est faite avec la seringue de Pravaz, en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques nécessaires. La seringue se remplit d'un liquide citrin, limpide. A l'examen microscopique on ne trouve aucun microbe connu.

L'inoculation n'a pas été faite. Aucun doute par suite de la ponction ne peut subsister sur la nature et l'existence de l'épanchement sero-fibrineux.

Température du matin : 37°4. Soir : 38°.

Traitement. — Deux pilules de protoiodure : léger vésicateire à la base droite, tisane nitrée de chiendent.

Le 15 juin. — Les syphilides des muqueuses sont en voie de disparition, celles de la peau diminuent également. Les vibrations commencent à reparaître dans la moitié inférieure et droite du thorax. La matité est moins étendue. Broncho-égophonie, pas de pectoriloquie aphone. On entend quelques frottements humides vers la partie inférieure de l'omoplate et un peu au-dessous.

Un examen soigneux des sommets répété à plusieurs reprises depuis l'entrée de la malade, ne révèle pas le moindre signe anormal soit à droite soit à gauche.

La toux peu intense assez rare, a tous les caractères d'une toux pleurétique. Brève expiratrice elle ne s'accompagne d'aucune expectoration, elle produit seulement un peu de douleur dans le côté droit. L'appétit a beaucoup diminué.

Température du matin 37°, soir 38°6. On sèche la blessure faite par le vésicatoire et on fait des frictions d'onguent mercuriel belladonné tous les deux jours de deux grammes sur le côté droit, en changeant de place toutes les fois.

Le 30 juin. — Dans la partie inférieure et droite du thorax on entend en arrière des frottements humides très nombreux. La matité n'est pas absolue, mais sur une étendue considérable, il persiste une submatité très nette. Les vibrations thoraciques sont perçues mais faiblement. Le murmure vésiculaire s'entend à peine pas de souffle, un peu de broncho-égophonie. Température du matin 37°, soir 38°.

8 juillet. — Les lésions de la plèvre droite vont diminuer progressivement mais avec lenteur.

La malade est affaiblie. Elle a beaucoup pâli et sensiblement maigri pendant son séjour à l'hôpital. L'appétit commence à apparaître, bien qu'il y ait toujours un peu de fièvre le soir.

Un nouvel examen des sommets pratiqué aujourd'hui par nous comme précédemment ne révèle aucune existence de tuberculose, aucun signe anormal.

Le 30 juillet. — La malade éprouve par moment des douleurs assez vives dans le côté droit. Ces douleurs sont naturellement localisées au-dessous et un peu en

dehors de la mamelle. Elles ne sont pas continuées mais se produisent uniquement dans les inspirations et dans les secousses de la toux.

Pourtant l'examen stéthoscopique ne montre aucun changement dans les signes physiques constatés il y a huit jours. D'ailleurs la température est normale, le soir comme le matin. Les syphilides muqueuses ont à peu près complètement disparu. Sur la peau on ne voit plus que quelques macules brunâtres.

Le traitement antisyphilitique est continué

Le 15 août. — Les douleurs ont disparu. La toux a cessé complètement. C'est à peine s'il persiste à la base droite un peu de submatité et un léger affaiblissement du murmure vésiculaire. Le ralentissement de la voix ne diffère guère de celui qui se produit à gauche.

L'appétit est bon, la malade se lève, mais ne sort pas encore. Elle reste pâle, anémiée, ses forces réapparaissent de jour en jour.

20 août. — La malade sort de l'hôpital dans un état aussi satisfaisant que possible. Elle ne tousse pas, ses forces sont revenues, son appétit est bon et toutes ses syphilides cutanées et muqueuses sont presque complètement disparues et guéries.

OBSERVATION XXXIX

(Thèse de Carra, 1894)

Mme Juliette, entrée à l'hopital Broca, le 12 mars 1893, salle Guillot, n° 8. Aucune maladie antérieure ;

a eu quatre enfants nés à terme et aujourd'hui bien portants.

Il y a six mois, avortement après deux mois et demi de grossesse. Il y a un an, son mari a été soigné à l'hopital Lariboisière pour une maladie vénérienne. Elle n'a pas remarqué son chancre initial. Mais il y a huit mois, elle s'est aperçue qu'elle avait sur le corps de nombreuses taches rouges.

Huit jours avant son entrée ; léger point de côté à droite, essoufflement à la moindre fatigue, toux légère surtout après une forte inspiration. A l'examen, on constate sur les grandes et petites lèvres de nombreuses syphilides papulo-érosives qui s'accompagnent de démangeaisons assez pénibles surtout la nuit, et qui sont parfois assez intenses pour produire l'insomnie.

Dans les plis radiés de l'anus, on voit également des syphilides érosives avec, par points, une certaine tendance à l'ulcération. Elles sont assez difficiles à constater par suite de la présence des condylomes nombreux et volumineux qui les masquent.

Sur le corps, nombreuses syphilides papuleuses, quelques-unes papulo-squameuses. Plaques muqueuses multiples sur les lèvres, à la commissure droite, la muqueuse linguale et les amygdales sont formées de plaques muqueuses.

En recherchant la cause de ce point de côté, pour lequel la malade vient consulter, on constate l'existence au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite, des frottements pleuraux rudes, simulant tout à fait un véritable bruit de cuir neuf.

Les sommets sont sains.

Traitement. — Applications de ventouses sèches sur la partie douloureuse, et une cuillerée de liqueur de van swieten. Température le matin 37°, le soir 38°.

Le 14. — Le point de côté tend à diminuer ; toujours des frottements pleuraux au même endroit, et présentant les mêmes caractères.

Friction mercurielle sur le côté droit.

Le 16 mars. — Les frottements pleuraux ont presque disparu ; il faut une oreille tout à fait habile pour en retrouver quelques-uns à l'angle inférieur de l'omoplate droite. Légère diminution de la sonorité à ce niveau. Les douleurs ont considérablement diminué au point que le malade peut s'asseoir sur son lit sans ressentir aucune gêne.

Le murmure vésiculaire s'entend quoique un peu faible du côté opposé.

Le 20 mars. — L'état de la plèvre droite paraît tout à fait revenu à l'état normal, il ne reste plus trace de frottement, la température est normale, la malade va bien, elle a repris appétit, et sent revenir ses forces.

Elle reste à l'hôpital jusqu'au 26 mai, pour complètement guérir ses plaques muqueuses des lèvres et de la vulve.

Mais jamais aucun accident ne s'est reproduit du côté des plèvres.

On a été obligé en avril de cesser un peu le traitement à cause de gengivite assez intense ; quand elle est sortie, nous avons examiné encore une fois ses sommets ; tout paraît absolument normal, très difficile de reconnaître

quelque chose du côté droit, là où il y avait eu cette poussée inflammatoire lors de l'entrée de la malade à l'hôpital. Elle quitte donc l'hôpital en parfaite santé et avec ses syphilides nombreuses en parfaite voie de guérison.

OBSERVATION XL

(Preetorius, 1896)

Le 25 juin 1891 M. W..., âgé de 23 ans, artiste gymnaste, consulta pour une légère oppression à la poitrine gauche qu'il ressentait depuis quinze jours environ. Il se disait fatigué et essouflé par son métier et se plaignait surtout de transpirations abondantes.

Taille petite, mais poitrine large et bombée. Mine pâle et fatiguée ; peau de la figure et du cou légèrement marbrée par un exanthème maculeux s'étendant sur le tronc et les cuisses ; les ganglions cervicaux et inguinaux étaient gonflés, durs et indolores. La percussion du thorax ne donnait rien d'anormal, mais à l'auscultation on percevait un léger frottement pleurétique à gauche et à la partie antérieure, à la hauteur de la 3e et 4e côte se perdant vers la base et vers la ligne axillaire. Pas de râles, pas de fièvre, pas de point de côté, ni toux ni expectoration. La pression sur la 3e et la 4e côté n'était pas douloureuse.

Il y a un an et demi, chancre induré ; pilules de mercure pendant quelque temps.

Depuis, vie très irrégulière :

On donne : iodure de potassium : 2 gr. par jour.

29 Juin. — Quatre jours après, le frottement était à peine perceptible, et, le 4 juillet, on n'entendait plus rien d'anormal.

L'iodure fut alors supprimé.

29 Juin et 9 Juillet. — Le malade avait reçu par injection 1 gram. de salicylate de mercure ; le 20 juillet, il revint pour une troisième injection. L'exanthème avait disparu, mais, au-dessus et au-dessous de la clavicule gauche et à la fosse sus-épineuse, il y avait de nouveau un léger frottement.

De nouveau, iodure 2 gram. et, le 28 juillet, jour de la 4e injection, il n'y avait plus rien.

L'iodure fut néanmoins continué ; le 4 août, nouvelle injection.

L'examen des poumons ne révélait plus aucune trace de frottement pleurétique ; l'exanthème avait disparu comme l'oppression, la fatigue et la tendance à la transpiration ; l'état général était satisfaisant. Le malade avait pris en tout 25 gram. d'iodure et 5 gr. de salicylate de mercure en injections sous-cutanées.

OBSERVATION XLI

(Rochon, Méd. moderne, 1897)

Homme de 25 ans, de santé robuste, imprimeur, jamais de bronchite, légère atteinte de rhumatisme à l'âge de 18 ans ; rien au cœur.

Blennorragie il y a 3 ans, complètement guérie.

10 mars. — Depuis deux jours, point de côté intense sous le mamelon gauche ayant pris subitement sans cause appréciable, sans aucun refroidissement.

Néanmoins, quelques jours auparavant, le soir vers 4 ou 5 heures, le malade se sentait fiévreux et mal en train ; alors qu'il déjeunait presque de bon appétit, le soir il ne pouvait prendre qu'un potage ; il se trouvait agité pendant la nuit et souffrait jusqu'au matin d'un mal de tête violent.

Ces symptômes d'ailleurs persistent encore actuellement et présentent en effet une recrudescence vespérale très marquée.

Il existe, de plus, une toux sèche et quinteuse dont le malade se plaint beaucoup.

A la percussion, nous trouvons de la matité dans le tiers inférieur du poumon gauche, et dans cette région l'auscultation donne un murmure vésiculaire très affaibli ; on y perçoit quelques frottements pleuraux.

La température rectale est 39°.

Nous conseillons à notre malade le salicylate de soude à la dose de 3 grammes par jour.

12 mars. — La matité est plus prononcée, mais ses limites sont à peu de chose près les mêmes. Le murmure vésiculaire est complètement aboli et les frottements ont disparu ; à l'expiration, on perçoit un souffle lointain et voilé, il y a de l'égophonie, mais la pectoriloquie aphone n'est pas nette.

Tous ces phènomènes ont leur point maximum à deux travers de doigt au-dessous de l'omoplate.

Nous portons la dose de salicylate de soude à quatre grammes.

14 mars. — Le point de côté est moins intense, la toux moins pénible. L'épanchement paraît stationnaire, cependant la pectoriloquie aphone a gagné en netteté.

16 mars. — Dès le début de notre examen, nous sommes frappé par la présence, sur le tronc, de taches érythémateuses de forme et de discussion variables, d'un rose clair, à saillie insensible, et disparaissant presque complètement à la pression. Cette éruption non prurigineuse était encore ignorée du malade, de sorte que nous ne pouvons savoir si elle date d'hier ou d'aujourd'hui ; mais, chose certaine, elle n'existait pas à notre précédent examen.

Le reste du corps est indemne.

Soupçonnant le salicylate de soude d'être la cause de cet exanthème, nous en faisons cesser l'usage.

Le malade d'ailleurs se sent plutôt mieux, bien que l'épanchement paraisse avoir légèrement augmenté ; le cœur toutefois n'a pas subi de déviation.

19 mars. — Les taches sont plus nombreuses ; il en existe maintenant sur les bras, le cou et les cuisses ; les plus anciennes sont d'un rouge plus sombre et s'effacent beaucoup moins à la pression. L'éruption présente à ce moment l'aspect typique d'une roséole syphilitique. La voix est légèrement voilée ; la gorge présente une teinte érythémateuse généralisée. Nous apprenons alors du malade qu'il s'est aperçu à la fin du mois de janvier d'un bouton un peu dur situé dans le sillon balano-préputial ; il l'a soigné avec de la vaseline boriquée, pen-

sant à une simple écorchure. De ce bouton, qui n'était autre qu'un chancre, on trouve encore la cicatrice légèrement indurée.

La contagion avait dû avoir lieu à l'occasion de la nouvelle année qu'il avait, disait-il, bien fêtée.

Nous percutons la rate que nous trouvons très augmentée de volume. Traitement : tannate de mercure, 10 centigr. : KI, 2 gr.

22 mars. — De nouvelles taches se sont encore montrées ; nous nous trouvons en face d'une roséole confluente, parsemée de quelques éléments légèrement papuleux. Les signes de pleurésie restent stationnaires ; le thermomètre monte ce soir à 38°3.

26 mars. — La roséole pâlit plutôt ; les éléments papuleux sont restés à l'état naissant. La fièvre est moins forte le soir ; la céphalée nocturne a presque disparu ; en un mot l'état général est meilleur. L'épanchement commence à se résorber ; le murmure vésiculaire réapparaît au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, mais l'égophonie persiste encore.

2 avril. — L'éruption pâlit de plus en plus. L'appétit reparaît ; ce soir le thermomètre donne 37°5 dans le rectum. Les nuits sont bonnes ; la toux a considérablement diminué ; du point de côté, il n'est plus question. On entend à la partie inférieure du poumon des frottements pleuraux ; l'égophonie a presque disparu à cet endroit, mais on la trouve encore au niveau du cul-de-sac pleural. La pectoriloquie aphone n'existe plus.

8 avril. — Le malade se dit guéri. L'éruption est à peine perceptible. La plèvre est encore le siège de frot-

tements, mais le liquide paraît être complètement résorbé.

15 avril. — L'examen, aujourd'hui, est complètement négatif.

OBSERVATION XLII

(Pauly et Duplant. — Province Médicale, Lyon 1898)

Bar... Martin, 20 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Elisabeth, n° 2, le 29 novembre 1897.

Ses parents sont en bonne santé. Il a perdu trois frères et sœurs morts en très bas âge.

Il a contracté, il y a quatre mois, un chancre syphilitique du dos de la verge. On en voit aujourd'hui la cicatrice indurée.

Il a eu sa roséole un mois après, et, actuellement, présente une double pléiade ganglionnaire inguinale ; on trouve aussi des ganglions hypertrophiés à la nuque, sous les aisselles, à l'épitrochlée. Il faut noter aussi un petit ganglion dur, non douloureux, au niveau de la sixième côte droite. Sur la pointe de la langue, on voit une plaque muqueuse érosive. Alopécie spécifique.

Il entre à l'hôpital parce qu'il éprouve des points de côté, de la difficulté de respirer et une toux fréquente, surtout la nuit, accompagnée d'une expectoration muqueuse avec de fines stries purulentes ; il a eu aussi quelques crachats légèrement teintés de sang.

Le début de ces malaises remonte au 27 novembre ; il

a été marqué surtout par de la dyspnée, et, le lendemain, par quelques frissons.

A la percussion du thorax, on trouve de la submatité à la base droite et une légère augmentation de la sonorité au-dessus de cette zone submate.

A l'auscultation, on entend des râles sifflants des deux côtés de la poitrine et à la base droite une respiration rude avec des râles sous-crépitants assez fins. De ce même côté, et en avant, sous le sein, en un point assez limité, on entend un frottement pleural bien net. Il éprouve de la dyspnée ; 32 respirations par minute.

Rien d'anormal au cœur. Son auscultation est un peu gênée par les râles qui encombrent la région précordiale. Pouls rapide : 96. Pas d'albumine dans les urines.

3 décembre. — Frottements extraordinaires dans une hauteur de 15 cent., à droite en avant et latéralement. A ce niveau, on trouve une matité qui se déplace faiblement et de l'obscurité respiratoire sans modifications appréciables des vibrations. On n'a pas de râles fins au même point. Au-dessus, il y a un peu de skodisme.

Le 5 décembre, les frottements avaient disparu. Les accidents syphilitiques, constatés sur la muqueuse linguale étaient guéris aussi ; les adénites moins marquées, cependant le petit ganglion signalé au niveau de la sixième côte droite persistait encore.

La marche de la température, pendant cette affection, fut assez particulière. Le jour de son entrée, le malade avait une température de 38°1 ; elle oscille ainsi au-dessous de 38° jusqu'au 2 décembre et, le soir de ce jour, brusquement, elle s'éleva à 39° pour atteindre 40° le len-

demain matin. C'est le jour où les frottements présentèrent le plus d'intensité. Cette élévation thermique fut de courte durée ; le soir du 3 décembre, la température était redescendue à 37°5 et le malade n'eut plus de fièvre à partir de ce moment.

Le traitement consista en application de pointes de feu à la base droite et en frictions quotidiennes avec 4 gr. d'onguent napolitain. Le malade quitte le service le 15 décembre, guéri de sa pleurésie et de ses accidents syphilitiques muqueux. Durée totale : 3 semaines.

Pas d'inoculation au cobaye.

BIBLIOGRAPHIE

Brousse. — Pleurésie syphilitique secondaire. *Bull. soc. franç. de dermatol. et de syphilgr.* Paris, 1894, 333-341. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.* Paris, 1894. 965-973.

Cagnetta. — Contributione à la doctrina clinica della pleurite sifilica. Atti. d. r. *Accad. méd. chir. di Napoli*, 1892. Xlvi, 146-151.

Carrhioci. — La pleurite exsudativa durante lo stato roseolico della sifilide. *Gior. ital. d. mal. ven.* Milano, 1896, 165-167.

Le Damany. — Note sur 3 cas de pleurésie au cours de la syphilis secondaire. *Gazette hebdomadaire de médecine de Paris*, 1895, pages 196-199.

Nikulin. — Ueber die Lues der Pleura. *Berlin Klinische Wochenschrift*, 1891, pages 981-983.

— Pleuritis syphilitica. *Bolnitsch. gaz. Botkina*, St-Pétersbourg, 1898, p. 797-801.

Lyon. — *Presse médicale.* Juin, 1894, page 203.

Rochon. — Des pleurésies syphilitiques. Thèse de Paris, 1892-93 et *Gazette des hôpitaux*, 1897, page 1093.

Chantemesse. — *Presse médicale*, juin 1894, p. 203.

Bulletin médical, Paris, 1891, p. 791.

Chantemesse et Widal. — *Société médicale des hôpitaux*, 1890.

Richard d'Aulnay. — Infection syphilitique avec pleurésie, phlébite et ictère. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1896, p. 938-942.

Pauly et Duplant. — Pleurésie syphilitique. *Province médicale*, Lyon 1898, p. 63.

Preetorius — Un cas de pleurésie syphilitique *Belgique médicale*. Grand Haarlem, 1896, p. 137 et *Annales* et *Bulletin de la Société médicale d'Anvers*, septembre 1891.

Reynaud (L). — Pleurésie syphilitique. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, Paris, 1894, p. 146-152.

Casset. — *Bulletin médical de l'Algérie*, 10 février 1894.

Rochon. — *Médecine moderne*. Paris, 1897, p. 468.

Spillmann et Etienne. — Pleurésie du stade roséolique de la syphilis. *Revue médicale de l'Est*. Nancy, 1896, p. 161-164 et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, Paris, 1896, p. 213-215.

Talamon. — Pleurésie syphilitique. *Médecine moderne*. Paris, 1891, p. 668-672.

Vranialici (C.) — Pleurésia sifilitica a periodei secundare. *Spitalul Bucuresci*, 1898, p. 421-451.

Dieulafoy. — Leçons sur la syphilis du poumon et de la plèvre *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1889, nos 19 et 23.

Jacquin. — Thèse de Paris, 1884.

Lancereaux. — *Union médicale*, 1891, p. 149.

Nikouline. — Sur les pleurésies syphilitiques. *Semaine médicale*, 1891, p. 116.

Carra — Des pleurésies syphilitiques, Thèse de Paris, 1894.

Montseret. — Thèse de Montpellier, 1894.

Œttinger et Malloizel. — *Annales des maladies vénériennes*, n° 2, septembre 1906.

Ravaut. — Thèse de Paris, 1901-1902.

Sergent (Emile). — Précis de syphiligraphie du Pr Gaucher, page 213. *Syphilis et Tuberculose*, Paris, 1907. Congrès de la tuberculose, Paris, 1905. *Traitement de la tuberculose chez les syphilitiques*, *Medecine pratique*, Paris, 1908, p. 681. Syphilis et Tuberculose, *Archives générales de médecine de Paris*, 1905, p. 2497-2508. Formes scrofuloïdes de la syphilis, *Bulletin et mémoire* de la société médicale des hôpitaux de Paris, 1908, p. 89-99. A propos d'un cas de tumeur blanche chez un tuberculeux syphilitique. Soc. médicale des hopitaux, 3 mars, 1905.

Malloizel (Lucien). — Recherches anatomo-cliniques sur les réactions pleuro-corticales. Thèse de Paris, 1907-1908. Recherches anatomiques sur les réactions pleuro-corticales. *Revue de médecine* de Paris, 1908, p. 241-332.

Burnet. — Pleurésies à éosinophiles. Thèse de Paris, 1904.

Widal et Faure-Beaulieu. — Société médicale des hôpi-

taux, 13 juillet 1906. Société médicale des hopitaux, 26 juillet 1907.

Widal et Burnet. — Longue persistance d'éosinophilie sanguine, à la suite d'éosinophilie pleurale. Société de biologie, 7 avril 1906.

Lépine. — Les incidents pleuro-pulmonaires au cours de la syphilis secondaire. Thèse de Paris 1906-07.

Barjon et Cade. — Société des hopitaux de Lyon, 7 mars 1902, p. 150. Eosinophilie pleurale. Archives générales de médecine, 1903, p. 1860. — *Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux de Lyon*, 1903, p. 336-342.

Nassibian. — Thèse de Paris 1912.

Dominici. — Polynucléaires et macrophages. *Archives de Médecine expérimentale*, 1902, p. 641. — *Société de Biologie*, 1901, p. 448 et 888. — Le ganglion lymphatique (monographie clinique de Crizmann). Sur le plan de structure du système hématopoïétique des mammifères. *Archives générales de Médecine*, 3 mars 1906, p. 641

Landouzy. — Clinique médicale de Laënnec. — Associations morbides. Syphilis et tuberculose. Terrain et graîne, Congrès pour la tuberculose, 1891, T. II, p. 185-187.

Jacquinet. — Thèse de Paris, 1895.

Fournier. — Traité de la syphilis. Tome I, p. 257.

Stieffel. — Thèse de Nancy, 1884.

Alibert. — Thèse de Paris, 1900.

Mauriac. — *Gazette des Hôpitaux*, 1888, p. 415.

Gaucher, Paris et Sabareanu. — La réaction de fixation

chez les syphilitiques au point de vue diagnostique, thérapeutique et pronostique. *Annales des Maladees vénériennes*, 1910, p. 207-222.

Nicolas, Favre et Charlet.— Réactions des syphilitiques à la tuberculine. *Lyon Médical*, 1910, p. 624-630 et *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1910, p. 113-121. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 11 mars 1910.

Triboulet. — A propos d'un travail récent sur les réactions pleuro-corticales. Clinique. Paris, 1908, p. 266.

Sergent.— Les formes scrofuloïdes de la syphilis. *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, Paris, 1908, p. 201-203.

Hayem. — Syphilis et tuberculose. *Médecine Moderne*, Paris, 1904, p. 17.

Correia Dias. — Les rapports de la syphilis et de la tuberculose. *Revue internationale de la tuberculose*, Paris, 1905, p. 163.

De Dominicis. — Pleurite sifilitica primaria ; communicazione : Atti. d. r. *Acca. Méd. Chir.*, Napoli, 1901, p. 10.

Patoir. — Syphilis et tuberculose. Influence spéciale de la syphilis sur certaines formes de la tuberculose. *Presse Médicale*, Paris, 1901, p. 25-28.

Sorel.— Tuberculose et syphilis. *Indépendance Médicale*, Paris, 1901, p. 97-98.

Potain. — Syphilis et Tuberculose. *Tribune Médicale*, Paris, 1900, p. 467-469. — *Union Médicale*, 1894, p. 13. — *Semaine Médicale*, Paris, 1897, p. 417,

et 6 février 1895, page 54. — *Gazette des Hôpitaux*, 1888, p. 1314 et 1265.

Widal et Ravaut. — Applications cliniques de l'étude histologique des épanchements séro-fibrineux de la pleine. Comptes rendus de la Société de Biologie, Paris, 1900, p. 648 655.

Marcel Labbé. — Actualité médicale. Cytodiagnostic, Paris, 1912.

Rist et Kindberg. — Deux cas d'éosinophilie pleurale. *Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1909, p. 693-706.

Achard, Ramond et Foix. — *Semaine Médicale*, 3 nov. 1909. — Société de Biologie, 24 avril 1909.

Nattan-Larrier et Parvu. — Société de Biologie, 3 avril 1909.

Roger et Sabaréanu. — Déviation du complément par les sérosités des syphilitiques. *Société Médicale des Hôpitaux*, Paris, 1910. Séance du 21 janvier.

Gaucher, Paris et Sabareanu. — La réaction de fixation chez les syphilitiques au point de vue diagnostique, thérapeutique et pronostique. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 11 février 1910.

Nicolas, Favre, Augagneur et Charlet. — Société de Biologie, 28 janvier 1911.

Leuret et Gauvenet. — Eosinophilie pleurale et générale. Rôle de l'éosinophile dans la régénération de l'hématie, Société de Biologie, Bordeaux, 5 décembre 1911.

Hutinel. — Académie de Médecine, 27 octobre 1908.

Intradermoréaction à la tuberculine par le procédé de Mantoux.

Simon. — L'examen cytologique des épanchements séro-fibrineux de la plèvre ; sa valeur semé-iologique, *Journal de Médecine Français*, Paris, 1910, p. 480 484.

Gouget. — Rapports de la syphilis avec la tuberculose. *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* Paris, 1910, p. 771-773.

Jousset. — *La Clinique*, 3 et 24 mai 1907. Les tuberculoses curables.

Nicolas et Favre. — Réactions des syphilitiques aux injections sous cutanées de tuberculine. *Bull. de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1910, p. 498 504. — *Lyon Médical*, 1911, p. 275-284. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1911, p. 54-62.

Prenant, Bouin et Maillard. — Traité d'histologie, T. I, p. 537-557.